ROK X. WRZESIEŃ — GRUDZIEŃ 1934 r. ZESZYT 5—6.

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
I
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO
ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO
I
WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.



WILNO
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
Z ZASIŁKIEM FUNDUSZU KULTURY NARODOWEJ PRZY PREZYDJUM
RADY MINISTRÓW.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

TREŚĆ.

SOMMAIRE.

ADRES REDAKCJI PAMIĘTNIKA WIL. TOW. LEK.:
Wilno—Zamkowa 24—Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

KOMITET REDAKCYJNY:

Wydział:

Redaktorowie: Prof. Dr W. Jasiński i Prof. Dr A. Safarewicz.

Redaktor administracyjny: Doc. Dr. W. Zaleski.

CZŁONKOWIE KOMITETU:

Dr W. Bądzyński, Doc. Dr E. Czarnecki, Dr S. Lewande, Dr H. Rudziński, Prof. Dr Schilling-Siengalewicz, Prof. Dr J. Szmurło, Dr A. Wirszubski.

Rękopisy należy nadsyłać pod adresem redakcji listem poleconym.

Cena prenumer. wraz z przesyłką:
Rocznie — 15 zł. Półrocznie — 8 zł. Zeszyt pojedyńczy 2 zł. 50 gr.

Rok X. 1934.

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
I
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO

ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO
I
WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.



WILNO
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
Z ZASIŁKIEM FUNDUSZU KULTURY NARODOWEJ PRZY PREZYDJUM
RADY MINISTRÓW.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX". WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

TREŚĆ ROCZNIKA X

Pamiętnika Wileńskiego Tow. Lekarskiego z r. 1934

A. Prace oryginalne i referaty.

B. Sprawozdanie.

C. Wspomnienia pośmiertne.

D. Protokoły posiedzeń Wil. Tow. Lek.

E. Komunikaty.

Résumé des travaux contenus dans le volume X en langues des congrès internationaux.

Page

Z przyczyn natury technicznej, od redakcji niezależnych, podwójny zeszyt niniejszy ukazuje się z opóźnieniem o cały miesiąc w dniu 15 lutego 1935 r.

Wobec tego opóźnienia i ze względu na to, że zeszyt 1-szy Pamiętnika r. 1935 zostanie poświęcony wyłącznie pamięci zmarłego Sekretarza Stałego W. T. L. ś. p. Profesora Stanisława Trzebińskiego i ukaże się nie wcześniej, niż w końcu marca 1935 r., Redakcja zamieszcza w zeszycie niniejszym wspomnienia pośmiertne o członkach Wil. T. Lek. b. p. D-rze C. Szabadzie i ś. p. Prof. D-rze K. Karaffie-Korbucie, zmarłych w styczniu 1935 r.

Redakcja.

D. Protokóły posiedzeń Wil. Tow. Lek.

W sprawie XI Zjazdu Internationalnego [illegible]

Résumé des travaux contenus dans le volume [illegible] gies des Congrès Internationaux.

ROK X. WRZESIEŃ — GRUDZIEŃ 1934 r. ZESZYT 5—6.

PAMIĘTNIK

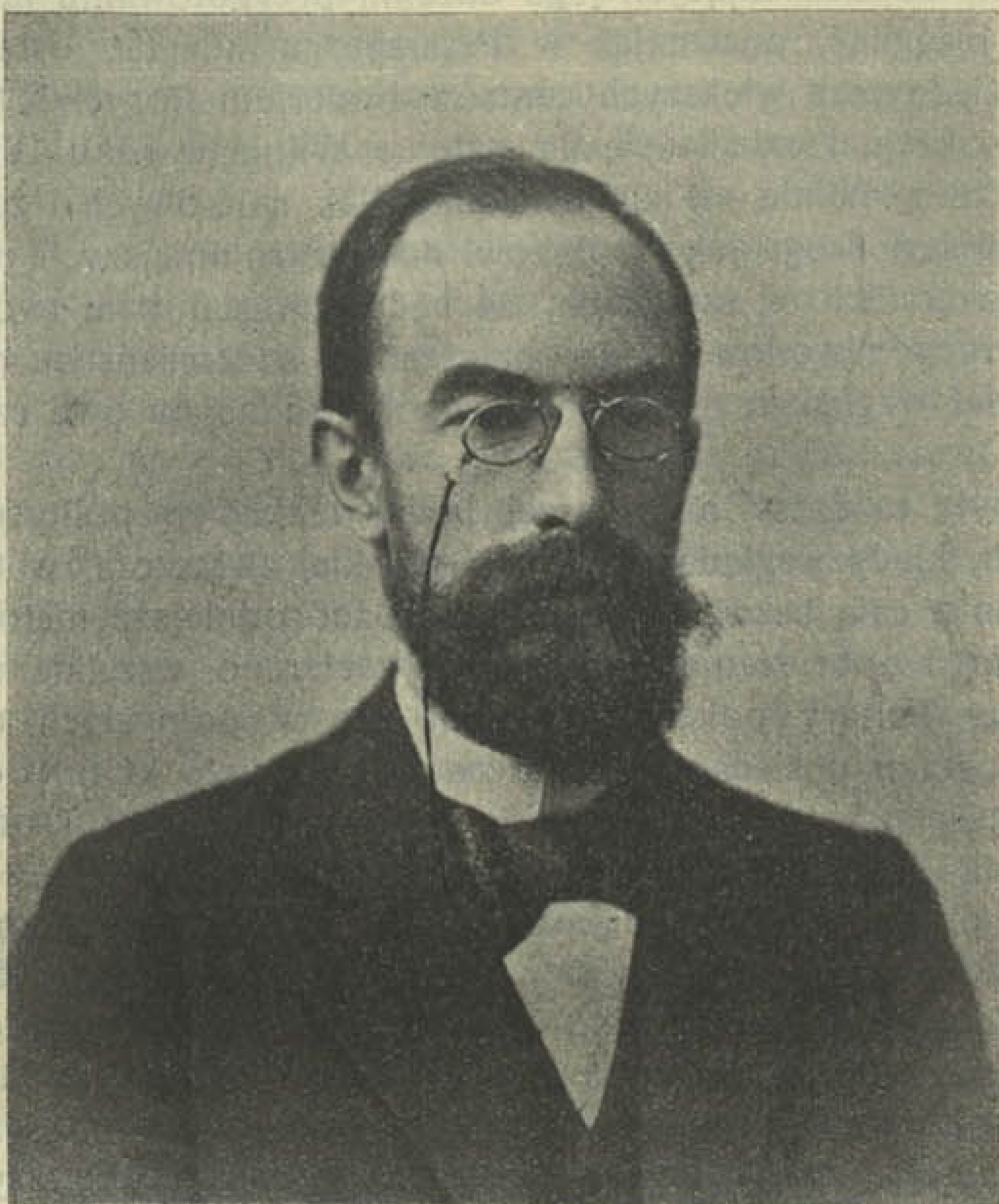
WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
I
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO

ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO
I
WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.



W I L N O
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
Z ZASIŁKIEM FUNDUSZU KULTURY NARODOWEJ PRZY PREZYDJUM
RADY MINISTRÓW.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.



Ś. p. Dr. Med. Władysław Bujalski.

12-go sierpnia 1934 r. zmarł w wieku lat 72 jeden z najstarszych członków Wileńskiego T-wa Lekarskiego, były skarbnik, a ostatnio członek honorowy, Dr. Med. Władysław Bujalski.

Urodził się w r. 1862 w Słonimie, gimnazjum ukończył w Wilnie w r. 1883, a studja medyczne na Uniwersytecie Warszawskim w r. 1889. Następnie w ciągu kilku lat specjalizował się w Petersburgu i zagranicą w zakresie położnictwa i chorób kobiecych. W roku 1894 po złożeniu egzaminów na stopień doktora medycyny w Petersburskiej Wojskowej Akademji Lekarskiej broni rozprawy na temat „K woprosu o leczenji poslerodowogo pierioda pri normalnych rodach biez wsiakago chirurgiczeskaho wmieszatielstwa".

Po uzyskaniu stopnia naukowego ś. p. Dr. W. Bujalski miał przed sobą drogę otwartą do karjery naukowej czy też do stanowisk

lekarskich, odpowiadających jego dużemu przygotowaniu fachowemu. Mógł to osiągnąć, pozostając w Petersburgu lub też osiedlając się gdzieś w jednym z większych centrów Imperjum Rosyjskiego. Wraca jednak do kraju i osiedla się na stałe w Wilnie w roku 1895, zgóry wiedząc, że w Wilnie nie znajdzie placówek naukowych i że tu zamknięta mu jest droga jako polakowi do najskromniejszych nawet stanowisk lekarskich w szpitalach, że będzie musiał sam tworzyć placówkę pracy zawodowej i że, należąc do społeczeństwa polskiego, będzie miał względem tego społeczeństwa trudne na owe czasy obowiązki.

A były to czasy największej bodaj reakcji w polityce rządów rosyjskich, kiedy względem ludności polskiej zwłaszcza w tym kraju stosowano z całą bezwzględnością najróżnorodniejsze metody wynaradawiania i „obrusienja". Starannie zacierano wszelkie znamiona zewnętrzne kultury polskiej, wysilano się w pomysłach niszczenia polskiego stanu posiadania zwłaszcza w dziedzinie kultury duchowej, uciekano się przytem do najbardziej wyrafinowanych środków odpolszczenia kraju. Wprzągnięto nawet do tego naukę — tworzono specjalne organizacje do naukowego niby badania przeszłości tego kraju, przekręcano przytem fakty historyczne, oświetlając dzieje tendencyjnie, starając się zohydzić przeszłość panowania polskiego i otaczając aureolą sprawiedliwości i przychylności dla ludu postępowanie rządu rosyjskiego. W szkołach średnich i niższych wprowadzano jako system szkalowanie przeszłości Polski i poniżanie kultury polskiej. Nic też dziwnego, że u wielu z nas, kto uczęszczał wówczas do szkół rosyjskich w tym kraju, powstało stąd nieprzyjazne względem kultury rosyjskiej nastawienie.

Ukoronowaniem tego stosunku do społeczeństwa polskiego było postawienie w Wilnie pomnika Murawjewowi - Wieszatielowi. Akt ten stanowił jakby przeciwwagę pozwoleniu na postawienie w Warszawie przez społeczeństwo polskie pomnika Mickiewiczowi, był prowokacją w stosunku do ludności polskiej w tym kraju, był przeto niekorzystny dla dzieła rusyfikacji, podrażnił bowiem nawet te warstwy społeczne dość lojalnie stosujące się względem rządów zaborczych, które dotąd z pewną niechęcią patrzały na konspiracyjną pracę patriotów polskich z obawy na możliwość nowych ofiar i nowych represyj.

Ś. p. Dr. W. Bujalski po osiedleniu się w Wilnie bierze czynny udział w owej pracy konspiracyjnej a równocześnie rozwija działalność na polu pracy zawodowej. Wraz z kilku kolegami krząta się

dokoła stworzenia ważnej placowki tej pracy—otwiera lecznicę akuszeryjno-ginekologiczną, urządzona w-g wymagań nauki. Lecznica wpierw mieści się w pomieszczeniu wynajętem w domu Blocha przy ul. Mostowej. Wkrótce jednak wraz z kolegami przystępuje do budowy specjalnego gmachu, przystosowanego do potrzeb lecznicy, nie zadowala go bowiem pomieszczenie wynajęte, mimo że lecznica odrazu zdobywa zaufanie społeczeństwa w Wilnie i w okolicy.

Przy ul. Czystej (zaułek Bogusławski) staje wreszcie budynek lecznicy i w nim ś. p. Dr. W. Bujalski długi szereg lat niezmordowanie pracuje, zdobywając wraz z wspólnikami swemi coraz to większe uznanie dla wielkiej wiedzy i umiejętności fachowej, dla niezwykłej troskliwości o dobro chorych. Nowe pomieszczenie lecznicy już wkrótce nie wystarcza; powstaje myśl dobudowania skrzydła, co też zostaje uskutecznione w roku 1909. Interesującą tu okolicznością jest to, że przy planowaniu owej dobudówki ś. p. Dr. W. Bujalski wraz ze swemi wspólnikami miał na uwadze możliwość, że lecznica w przyszłości może być wykorzystana jako klinika uniwersytecka, przeto rozszerzano lecznicę tak, aby w przyszłości umożliwić pracę studentom. Jakoż istotnie dawna lecznica D-ra W. Bujalskiego i jego kolegów wspólników stała się kliniką uniwersytecką. Doczekał chwili ziszczenia się marzeń o Niepodległej Ojczyznie, doczekał wskrzeszenia Uniwersytetu Wileńskiego i cieszył się, że Jego placówka, dla której gmach zbudował wespół z kolegami i pracował w nim długi szereg lat, że owa placówka przeistoczyła się w polski zakład naukowy. Mimo tylu lat ciężkiej pracy zawodowej ś. p. Dr. W. Bujalski nie zaprzestaje praktyki lekarskiej, nie może jednak obyć się bez lecznicy. To też wespół z paru kolegami urządza w swym domu przy W. Pohulance niewielką lecznicę, którą prowadzi jeszcze w ciągu lat trzech. Na dalszą pracę nie pozwala mu nadwerężone zdrowie i wiek.

Wziętość, jaką się cieszył ś. p. Dr. W. Bujalski jako lekarz pochodziła nie tylko skutkiem wielkiej Jego wiedzy i umiejętności fachowej, ale też i niezwykłych zalet serca i ducha.

Poczucie obowiązku lekarskiego obok wrodzonej dobroci oraz wielkiej sumienności, niezachwiane a głębokie wierzenia religijne znamionują długą Jego pracę lekarską. Bez względu na porę dnia chętnie spieszył na wezwanie do chorych zarówno zamożnych jak i ubogich, nie szczędząc sił i zdrowia. Koledzy nieraz podziwiali wielką Jego wytrwałość przy dość słabej naogół budowie ciała. Żartobliwie mówili o Nim koledzy, że zbudzony w nocy do chorych wstaje ze snu z wielką łatwością i z taką samą łatwością po powrocie do do-

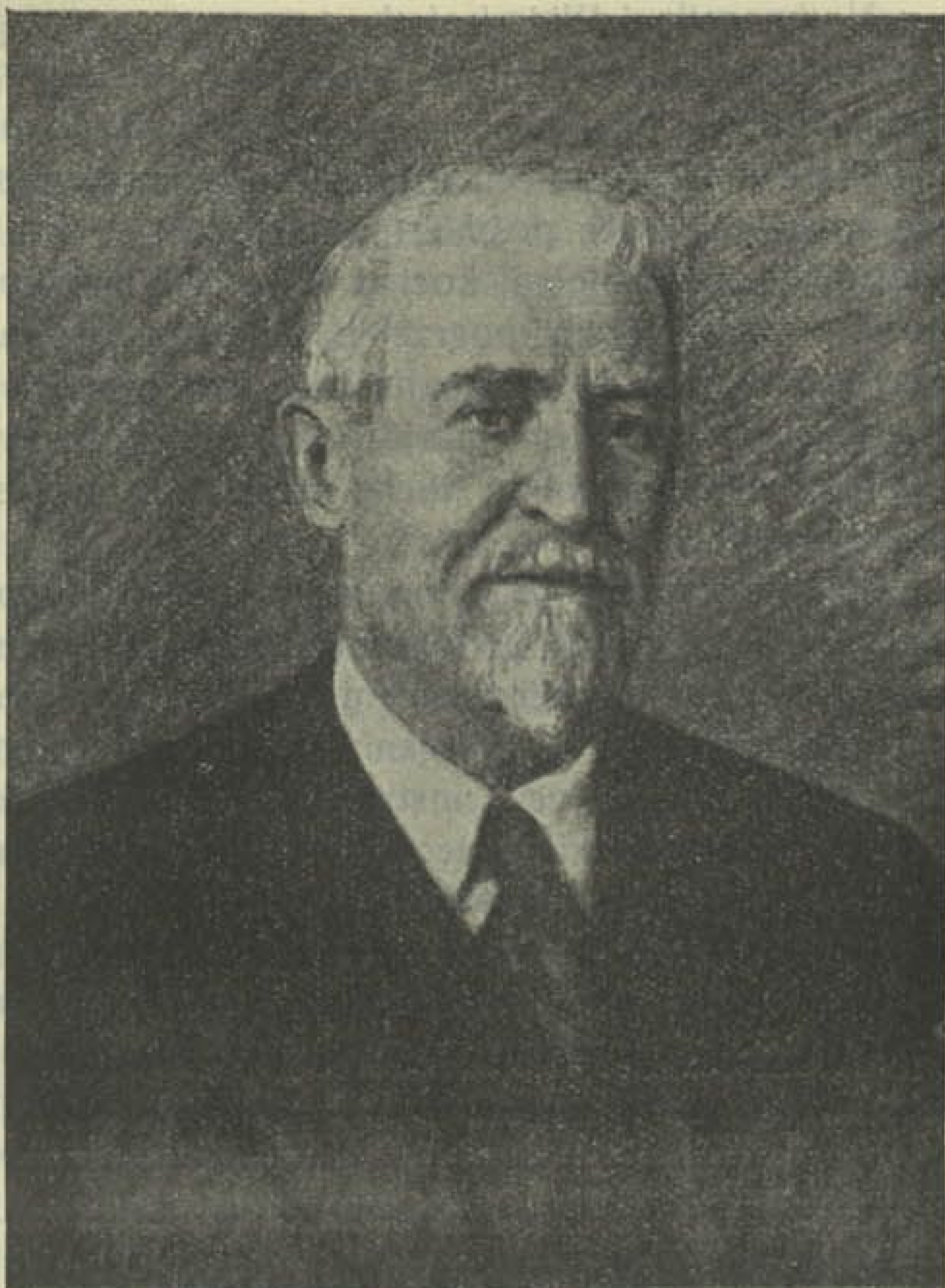
mu zasypia. Owa łatwość wstawania była właśnie skutkiem niezwykle wyrobionego w Nim poczucia obowiązku, a świadomość rzetelnego spełniania czynności zawodu lekarskiego dawała Mu spokój, tak niezbędny w tym zawodzie.

Śród kolegów zarówno starszych jak też i młodszych cieszył się poważaniem niezwykłem i zaufaniem.

Wybrany na członka Wil. Tow. Lek. w roku 1895 bierze czynny udział w życiu tego Towarzystwa, miewa odczyty i pokazy, pracuje w komisjach, pełni obowiązki skarbnika. To też gdy w końcu roku 1925 Towarzystwo uroczyście obchodziło sto dwudziesty rok istnienia, został ś. p. Dr. W. Bujalski za swe zasługi odznaczony najwyższą godnością członka honorowego.

Cześć Jego pamięci!

A. Safarewicz.



Wspomnienie pośmiertne

o b. p. Dr. Med. Cemachu Szabadzie

(wygłoszone na posiedzeniu Wil. Tow. Lek. w dniu 21.I 1935 r.)
przez Vice-Prezesa Tow. Dr. Med. M. Girszowicza

Dnia 20-go stycznia o godz. 12-ej w południe zmarł po długich i ciężkich cierpieniach po amputacji kończyny dolnej z powodu zgorzeli na tle miażdżycowem członek honorowy i były Vice-Prezes Towarzystwa Lekarskiego, Nestor świata lekarskiego w Wilnie, nasz ukochany Kolega Dr. medycyny Szabad.

Urodził się w 1865 r. Studja lekarskie ukończył w 1889 r. w Moskwie. Doktoryzował się w r. 1895. Pracował w Jauzskim

Szpitalu i w Domu Wychowawczym w Moskwie. Kształcił się też w Wiedniu u Nothnagel'a i Widerhofer'a.

Przed niespełna rokiem miałem zaszczyt wygłosić jubileuszowy odczyt z okazji 70-lecia Jego urodzin i wówczas widząc przed sobą Jego młode oblicze i miły uśmiech ust, nie spodziewałem się, że dzisiaj poświęcę zmarłemu kilka pośmiertnych słów.

Dr. Szabad był wilnianinem, kochał Wilno i Wilno kochało Go. Tłumy ludności na dzisiejszym pogrzebie świadczą o tem. Sercem swem był On przywiązany do swego narodu, był jego wielkim patrjotą, jednocześnie był wielkim patrjotą swojej ojczyzny Polskiej, a w swem kulturalnem ujmowaniu życia należał do wszystkiego co jest szlachetne i chlubne.

Dr. Szabad był radnym m. Wilna, założycielem i odpowiedzialnym kierownikiem T-wa „TOZ", które ma za zadanie ochronę zdrowia ludności żydowskiej, był założycielem i redaktorem popularnego czasopisma „Folksgezund", był organizatorem szeregu przychodni „TOZ'u" w Wilnie i na prowincji, instytucji „Kropla mleka", przytułków dla dzieci, kierownikiem lecznicy T-wa niesienia pomocy lekarskiej biednej ludności żydowskiej i wielu innych.

W roku 1905 był Dr. Szabad w gronie tych ludzi, którzy nie mogli się solidaryzować z polityką władz zaborczych na kresach i walczyli o lepsze jutro, z powodu czego był więziony i ukarany zwolnieniem z posady państwowej Przez całe swe życie walczył On za hasło „wolny z wolnym" i „równy z równym". Jak w czasach przedwojennych tak i obecnych grupowało się do koła b. p. Dr. Szabada każde poczynanie kulturalne bądź to w postaci sztuki, teatru lub też medycyny, której służył swoją wielką wiedzą.

W swoim czasie miał Dr. Szabad rozległą wielką praktykę i wielką wziętość. Nieliczni są wśród nas lekarze, którzy mogliby się oprzeć na takiem praktycznem doświadczeniu, jakie posiadał nasz zmarły Kolega. I był ulubiony Dr. Szabad przez swych pacjentów zarówno za wiedzę, jak i za niezmierną życzliwość dla swoich chorych.

W gronie naszego Towarzystwa wygłaszał On szereg odczytów, jeden zaś z ostatnich był poświęcony wrażeniom ze zjazdu antyreumatycznego w Moskwie.

Mojem zdaniem największą jego pracą naukową była dysertacja na stopień Dra medycyny w Moskwie p. t. O cukrzycy trzustkowej,

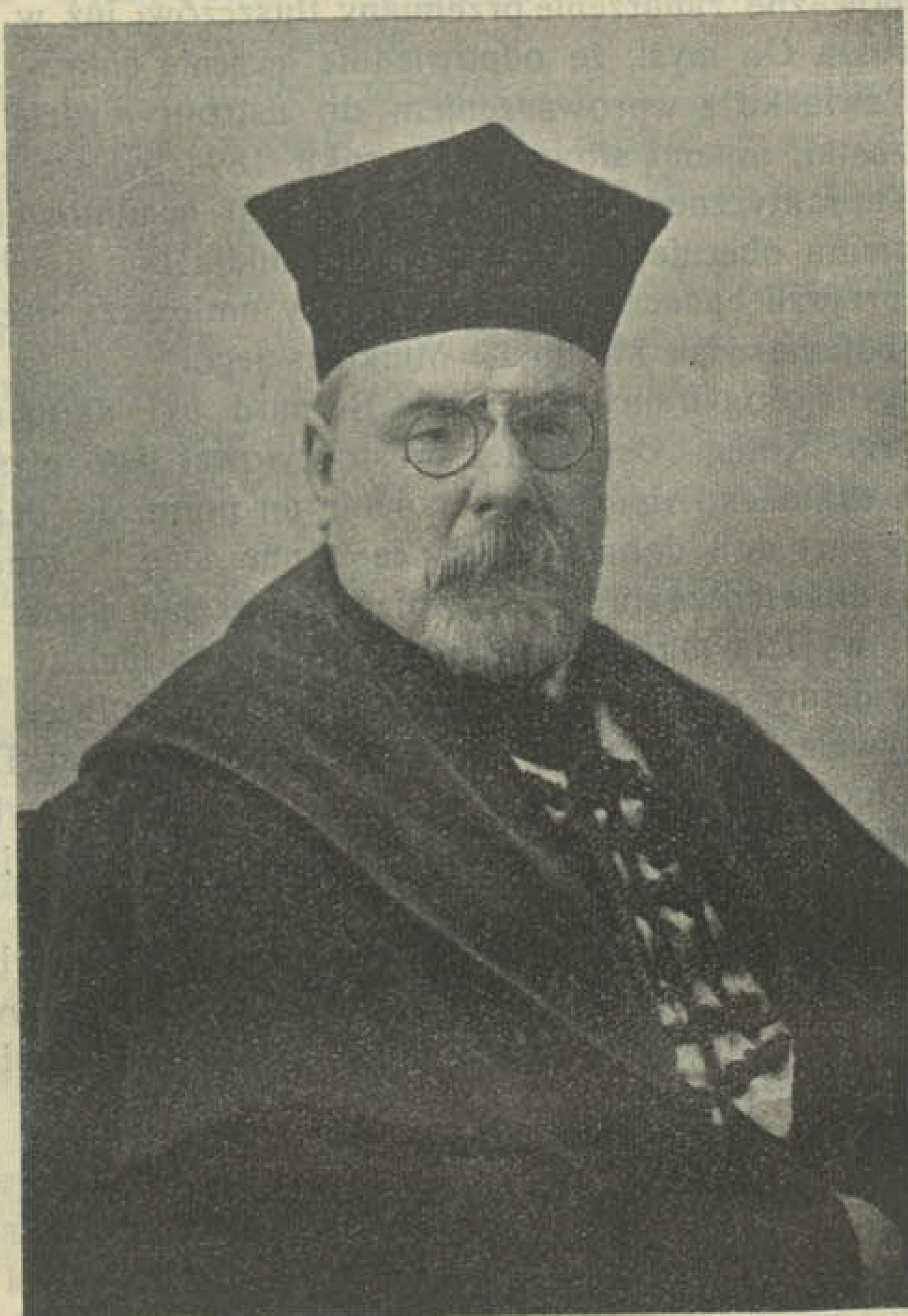
Zmarły Kolega powtarzał i rozwijał w rozprawie tej doświadczenia Meringa i Minkowskiego, że prawdziwa cukrzyca powstaje przez zniszczenie gruczołu trzustkowego, że przy usunięciu trzustki

powstaje poważne zaburzenie przemiany tłuszczów; już w tezach tego dzieła porusza On myśl, że odpowiednie leczenie cukrzycy może być jedynie w związku z wprowadzeniem do ustroju wydzieliny glikolitycznej trzustki, innemi słowy już w roku 1894 był Dr. Szabad bardzo bliski praktycznego rozwiązania kwestji insulinowej. Eo ipso praca ta niema obecnie tej wartości, jaką miała ona u schyłku wieku XIX, lecz przyszli badacze kwestji cukrzycy umieszczą nazwisko D-ra Szabada obok nazwisk Meringa i Minkowskiego.

Znany fizjolog francuski Claude Bernard był ukochanym autorem zmarłego Kolegi. Ostatni też często cytował jego myśl przewodnią: „Dans toute experience il faut avoir un point de départ, et ce point de départ doit donner naissance a une idée..." innemi słowy: W każdem doświadczeniu należy mieć koniecznie punkt wyjściowy i ten punkt wyjścia ma zapoczątkować powstanie idei.

Jak widzimy z tej pracy i wielu innych, aczkolwiek praca społeczna odrywała Go często od pracy naukowej, miał Dr. Szabad wielkie zdolności naukowe niestety nie w zupełności wykorzystane. Obecnie myśl Jego została przerwana nazawsze. Wielkie i szlachetne serce przestało bić. Zmarł demokrata z krwi i kości.

Społeczeństwo żydowskie traci jednego z najwybitniejszych swych synów, my zaś lekarze tracimy w zmarłym naukowca, kulturalnego człowieka, miłego Kolegę. Niech Mu będzie ziemia wileńska lekka. Cześć jego pamięci.



Ś. p. Profesor Dr. Med. Kazimierz-Wacław Karaffa-Korbutt.

26-go stycznia 1935 r. zmarł po pięciodniowej chorobie (ogólne zakażenie w następstwie lakunarnej anginy) profesor zwyczajny higjeny Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, dr. med. ś. p. Kazimierz-Wacław Karaffa-Korbutt, członek - koresp. Pol. Akad. Um. w Krakowie, członek rz. Wil. Tow. Lek. i innych towarzystw naukowych, czł. Zw. Lek. P. P. i Stow. Lek. Pol. w Wilnie, europejskiej sławy uczony.

Ś. p. profesor K. Karaffa-Korbutt urodził się 26.IV. 1878 r. w m. Lepsińsku (Syberja Południowa), gdzie podówczas mieszkał

Jego ojciec, ziemianin z Witebszczyzny, zesłany za udział w powstaniu 63 roku, Wincenty Antoni, oraz matka Wiktorja-Tekla z Kuszelewskich.

Po ukończeniu ze złotym medalem gimnazjum w Taszkiencie ś. p. K. Karaffa-Korbutt wstępuje wpierw na wydział matematyczny uniwersytetu w Petersburgu, niebawem jednak porzuca owe studja i wstępuje do Wojskowej Akademji Lekarskiej w Petersburgu. Kończy ją chlubnie w styczniu 1906 r. jako pierwszy, z nagrodą i z wpisaniem na tablicę marmurową wyróżnionych wychowanków Akademji. Wraz potem zostaje z konkursu stypendystą specjalnego przy Akademji instytutu kształcenia przyszłych profesorów. Najpierw studjuje u słynnego chirurga prof. Fiodorowa, a jednocześnie pracuje u wszechświatowej sławy fizjologa I. Pawłowa. W rezultacie 3-letniej intensywnej pracy ukazuje się drukiem 12 prac, z których 6 stanowią prace doświadczalne na zwierzętach. Z pośród nich zasługuje na wzmiankę rozprawa doktorska, ogłoszona w r. 1908 pod tytułem „Znaczenie moczowodów w etjologji chorób nerkowych" — praca na 367 str., w której podano duży materjał kliniczny i badania doświadczalne na 61 psach, kilku kotach i królikach, przyczem niektóre psy po operacji pozostawały pod obserwacją do 2 lat.

Wszystkie przypadki, zarówno kliniczne, jak też doświadczalne zostały zbadane histologicznie, bakterjologicznie i w miarę potrzeby chemicznie.

W r. 1909 młody świetnie zapowiadający się doktor medycyny opuszcza klinikę i rozpoczyna studja u słynnego higjenisty — eksperymentatora prof. Lewaszowa, a jednocześnie pracuje w laboratorjum Wojskowo-Sanitarnego Komitetu Naukowego pod kierownictwem prof. Jana Rapczewskiego, europejskiej miary uczonego higjenisty, dotąd twórczo pracującego mimo sędziwych lat dla Nauki Polskiej. W r. 1911 rozpoczyna się szereg delegacyj naukowych ś. p. K. Karaffy-Korbutta. W roku tym zostaje wysłany do Drezna dla zorganizowania na powszechnej wystawie higjenicznej działu higjeny wojskowej w pawilonie rosyjskim. W latach 1913 i 1914 pracuje — w Paryskim Instytucie Pasteurowskim u Miecznikowa, w Berlińskim *Landesanstalt für Wasser - Boden - u. Lufthygiene* u Kolkwitza i Thimego, w Halle u Abderhaldena, zwiedza szereg miast w Angji, Niemczech, Szwajcarji, zaznajamiając się z sanitarnemi urządzeniami miejskiemi i z organizacją wojskowo-sanitarną w tych państwach. W marcu 1914 habilituje się w Akademji, uzyskuje *veniam legendi.* Powołany na wojnę pracuje jako epidemjolog i kierownik sanitarnego labora-

torjum Zachodniego Frontu. W r. 1916 zostaje zastępcą profesora higjeny w Akademji, w r. 1917 otrzymuje delegację na front angielski we Francji dla zaznajomienia się z sanitarną organizacją armji angielskiej na terenie walk. W r. 1918 zostaje wybrany na zwyczajnego profesora higjeny w Instytucie doskonalenia się lekarzy w Petersburgu, a oprócz tego w r. 1919 na katedrę higjeny zawodowej w Instytucie Technologicznym w Petersburgu. W tym samym roku przyjmuje propozycję objęcia katedry higjeny na Uniwersytecie Wileńskim; uzyskuje jednak pozwolenie od władz bolszewickich na wyjazd dopiero po ukończeniu wojny polsko-bolszewickiej. W r. 1921 zostaje mianowany prof. higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego; rezygnuje jednak, przyrzekłszy poprzednio Uniwersytetowi Wileńskiemu. W dniu 1.VIII. 1922 r. dostaje nominację na profesora zwyczajnego Uniwersytetu Wileńskiego i odtąd rozpoczyna intensywną pracę w Polsce. W r. 1923 bierze udział w międzynarodowej wymianie personelu sanitarnego i udaje się do Anglji. Po powrocie rozpoczyna wykłady i ćwiczenia wpierw w pomieszczeniu Zakładu Anatomji Patologicznej, potem w pomieszczeniu Miejskiej Stacji Analitycznej przy ul. Hetmańskiej Nr. 3; jednocześnie planuje przebudowę na Zakład Higjeny zrujnowanego w czasie wojny światowej gmachu byłych mieszkań oficerskich na terenie Szpitala Wojskowego na Antokolu i przystosowuje go do pracy pedagogicznej i naukowej. Byłem świadkiem tej pracy, miałem szczęście być Jego uczniem i pomocnikiem. Niezwykłe Jego zdolności organizacyjne pokonywały z podziwu godnem powodzeniem trudności tworzenia Zakładu Higjeny w okresie inflacji i niemożności zdobycia w kraju szeregu pomocy naukowych.

W r. 1925 na propozycję Magistratu m. Wilna uruchomia w pomieszczeniu Zakładu Miejską Stację Analityczną i obejmuje kierownictwo tej placówki sanitarnej. Przedtem w pomieszczeniu tej Stacji obok wykładów i ćwiczeń dla studentów organizuje wykłady i ćwiczenia z zakresu higjeny dla lekarzy miejskich.

Wielką przeszkodę w nauczaniu higjeny stanowił brak oryginalnego polskiego podręcznika uniwersyteckiego. Ś. p. Profesor niezwłocznie zabiera się do opracowania takiego podręcznika, przezwyciężając przeszkody w postaci braku piśmiennictwa, nieustalonej terminologji polskiej, niepomyślnej konjunktury wydawniczej i t. p. Obecnie jak wiadomo, istnieje już II wydanie tego podręcznika znacznie przerobione i poprawione.

W roku 1927 otrzymuje stypendjum „Fundacji Rockefellera" i odbywa podróż naukową do Anglji, Francji, Szwajcarji, Włoch

i Austrji, zwiedza higjeniczne zakłady naukowe, oraz instytucje i pracownie, zajmujące się badaniami z zakresu higjeny zawodowej.

W kwietniu r. 1928 na posiedzeniu Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie zostaje wybrany na członka „Comité de Correspondance pour l'Hygiène Industrielle", a w końcu tegoż roku na członka „Commission Internationale Permanente des Maladies Professionnelles" w Genewie.

W roku 1933 zostaje członkiem - korespondentem Polskiej Akademji Umiejętności w Krakowie.

W krótkiem wspomnieniu nie sposób odźwierciedlić całości olbrzymiej pracy naukowej ś. p. prof. K. Karaffy - Korbutta. Ogłosił drukiem 125 prac: w tem w języku polskim 51, w niemieckim 7, we francuskim 2 i 65 w rosyjskim. Pozostawił parę prac nie zakończonych.

Był naukowcem *pur sang*, zamiłowanym eksperymentatorem, o szerokim zakresie zainteresowań. W Jego pracach niemal wszystkich, zarówno z okresu klinicznego, jak też higjenicznego, przebija się cecha szczególna myślenia matematycznego. Zjawiska zbiorowe analizował zapomocą krytycznej metody statystycznej; do tej metody przywiązywał wielkie znaczenie, podkreślał konieczność rozumienia przez lekarzy zasad teorji statystyki, a zwłaszcza teorji prawdopodobieństwa. Według niego zakres t. zw. higjeny społecznej wyróżnia się w higjenie nie tyle kompleksem zjawisk badanych, ile właśnie zastosowaniem do tych zjawisk metody badania statystycznego.

Był wyrozumiały i serdeczny w stosunku do swych uczniów-współpracowników, w stosunkach z ludźmi cechowała Go niezwykła uprzejmość i uczynność, jednał serca miłem obejściem się, wrażliwością na cudzą niedolę i biedę, gotowością pomocy w potrzebie, ofiarnością; dla przyjaciół był oddany bez granic; był kochany i poważany. Śmierć Jego wzbudziła żal powszechny; najboleśniej dotknęła Jego Brata Prof. Inż. Władysława oraz krewnych.

Higjena Polska, dla której poświęcił ostatnie 13 lat pracowitego żywota, którą dźwignął na wyżyny, poniosła stratę niepowetowaną. Był Jej naprawdę luminarzem, jak to na wstęgach wieńca, złożonego na Jego mogile, wypisać kazał Senjor higjenistów polskich Prof. Dr. Jan Rapczewski, do głębi wzruszony śmiercią Ukochanego Ucznia.

Pogrzebany został na cmentarzu Antokolskim 29.I.35 r. obok zmarłej przed niespełna paru laty Ciotki, która Mu od lat wczesnej młodości zastępowała Matkę.

A. Safarewicz.

w Austrii, zwiedza higjeniczne zakłady naukowe, oraz instytucje i pracownie, zajmujące się badaniami z zakresu higjeny zawodowej.

W kwietniu r. 1928 na posiedzeniu Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie zostaje wybrany na członka „Comité de Correspondance pour l'Hygiène Industrielle", a w końcu tegoż roku na członka „Commission Internationale Permanente des Maladies Professionnelles" w Genewie.

W roku 1933 zostaje członkiem-korespondentem Polskiej Akademji Umiejętności w Krakowie.

W krótkiem wspomnieniu nie sposób odzwierciedlić całości olbrzymiej pracy naukowej ś. p. prof. K. Karaffy-Korbutta. Ogłosił drukiem 125 prac, w tem w języku polskim 51, w niemieckim 7, we francuskim 2 i 65 w rosyjskim. Pozostawił parę prac nie zakończonych.

Był naukowcem pur sang, zamiłowanym eksperymentatorem, o szerokim zakresie zainteresowań. W jego pracach niemal wszystkich, zarówno z okresu klinicznego, jak też higjenicznego, przebija się cecha szczególna myślenia matematycznego. Zjawiska zbiorowe analizował zapomocą krytycznej metody statystycznej; do tej metody przywiązywał wielkie znaczenie, podkreślał konieczność zrozumienia przez lekarzy zasad teorji statystyki, a zwłaszcza teorji prawdopodobieństwa. Według niego zakres t. zw. higjeny społecznej styczność jest w higjenie nie tyle kompleksem zjawisk badanych, ile właśnie zastosowaniem do tych zjawisk metody badania statystycznego.

Był wyrozumiały i serdeczny w stosunku do swych uczniów-współpracowników, w stosunkach z ludźmi cechowała Go niezwykła uprzejmość i uczynność; jednał serca ludzkie bijącem się wrażliwością na cudzą niedolę i biedę, gotowością pomocy w potrzebie, ofiarnością; dla przyjaciół był oddany bez granic. Był kochany i poważany. Śmierć Jego wzbudziła żal powszechny, najboleśniej dotknęła Jego Brata Prof. Inż. Władysława oraz krewnych.

Higjena Polska, dla której poświęcił ostatnie 13 lat pracowitego żywota, której dźwignął na wyżyny, poniosła stratę niepowetowaną. Był jej naprawdę luminarzem, jak to na wieńcach wieńca, złożonego na jego mogile, wyrażał każdy Senior higjenistów polskich Prof. Dr. Jan Rapczewski, do głębi wzruszony śmiercią Ukochanego Ucznia.

Pogrzebany został na cmentarzu Antokolskim 29.I.35 r. obok zmarłej przed niespełna paru laty Ciotki, która Mu od lat wczesnej młodości zastępowała Matkę.

A. Safarewicz.

Prof. Dr. WACŁAW JASIŃSKI.

Drogi postępowania w zaburzeniach drożności odźwiernika u niemowląt.

(Według odczytu na posiedz. Wil. Tow. Lek. i Wil. Oddz. Pol. Tow. Pedj. w d. 17/X 1934 r.).

W ciągu ostatniego roku akademickiego 1933/34 Klinika Dziecięca U. S. B. w Wilnie skierowała do Kliniki Chirurgicznej tego Uniwersytetu 3 przypadki zwężenia odźwiernika u niemowląt w celu leczenia chirurgicznego; we wszystkich przypadkach dokonana pylorotomja (prof. dr. K. Michejda) potwierdziła znaczne zwężenie wskutek przerostu warstwy mięśniowej odźwiernika; wszystkie 3 przypadki w krótkim czasie po dokonanej operacji poprawiły się wybitnie i cieszą się najlepszem zdrowiem.

Przebieg i leczenie zaburzeń drożności odźwiernika w 14 przypadkach, spostrzeganych w Klinice Dziecięcej U.S.B., były już szczegółowo omawiane na jednem z posiedzeń Wil. Oddz. Pol. Tow. Pedjatrycznego i będą ogłoszone drukiem (dr. E. Gerlée—Pedj. Polska).

Zestawienie poprzedniego materjału z przypadkami ostatniego roku wskazuje, że w ciągu 9 lat poprzednich operowano w Wilnie jeden tylko przypadek zwężenia odźwiernika w późnym okresie choroby u dziecka wyniszczonego, które zmarło w kilkanaście godzin po zabiegu.

Drogi postępowania naszego w zaburzeniach drożności odźwiernika u niemowląt uległy zatem wyraźnej zmianie: klinika stanęła zdecydowanie na stanowisku leczenia operacyjnego tych przypadków, w których badanie kliniczne ustala z całą pewnością, że zaburzenie drożności odźwiernika zależy od zwężenia jego światła (stenosis pylori hypertrophica).

Zadanie pedjatry sprowadza się w ten sposób do szukania „niezbitych dowodów", że w spostrzeganym przez niego przypadku istnieje zwężenie (nie skurcz) odźwiernika. Po stwierdzeniu tego zwężenia dziecko ma być skierowane do chirurga w celu wykonania zabiegu. Chirurg jednak ma prawo żądać, aby decyzja nasza w sprawie zwężenia nie zapadła zbyt późno, kiedy dziecko jest już zbyt wyniszczone i kiedy zabieg nawet tak łagodny, jakim przy obecnej technice stała się pylorotomja, może przedstawiać dla niemowlęcia pewne niebezpieczeństwo.

Zadaniem niniejszej pracy będzie przeto omówienie, jakie objawy kliniczne w zaburzeniach drożności odźwiernika można uważać za

„niezbite dowody" zwężenia. W tym celu musimy przedewszystkiem zatrzymać się na pewnych szczegółach obrazu klinicznego oraz omówić pokrótce fizjologję patologiczną zaburzeń drożności odźwiernika.

W obrazie klinicznym zaburzeń drożności odźwiernika objawem zasadniczym, a ściślej wyjściowym są wymioty. Wymioty te występują we wczesnym okresie (2 — 3 tygodniu) życia niemowlęcia najczęściej u chłopców (75 do 80%), karmionych wyłącznie piersią. Wymioty różnie się wiążą z okresem karmienia; niemowlę zwraca bądź podczas karmienia, bądź wkrótce po ukończeniu karmienia, bądź wreszcie później, nawet w godzinę po posiłku. Częstość wymiotów bywa także różna: niekiedy 2 — 3 razy na dobę, w innych przypadkach 2 — 3 razy po każdym posiłku. Uwagę naszą zwraca charakter wymiotów: są one gwałtowne, wybuchowe („en geyser"), treść pokarmowa wydobywa się w postaci fontanny, zatacza duży łuk w przeciwieństwie do częstego u niemowląt zjawiska zwracania pokarmu („odlewania"), kiedy mleko wylewa się tylko na śliniaczek lub koszulkę niemowlęcia. Zapach mas wymiotnych u dzieci karmionych piersią bywa kwaśny, u karmionych sztucznie uderza raczej ostry zapach kwasu masłowego. Krew w wymiotach zdarza się nader rzadko, w skąpej ilości. Charakterystyczny i ważny pod względem rozpoznawczym jest zupełny brak żółci w wymiotach. Wymioty są zazwyczaj bardzo obfite, co zresztą zależy w dużym stopniu od tego, w jakiej fazie karmienia występują; czy w czasie karmienia, czy też po ukończonym posiłku. Jeżeli treść pokarmowa wydostaje się obficie w kilka godzin po posiłku, mamy prawo myśleć o znacznem zaleganiu treści w rozszerzonym i opuszczonym żołądku, co zdarza się dopiero w późniejszym okresie choroby i przemawia w dużym stopniu za zwężeniem odźwiernika. Wygląd zwróconego pokarmu (mleko ścięte, czy płynne) oraz odczyn (zazwyczaj wybitnie kwaśny) zależą od okresu, kiedy występują wymioty i nie mają znaczenia większego dla wyjaśnienia pochodzenia sprawy.

Dalszy rozwój obrazu klinicznego w zaburzeniach drożności odźwiernika wiąże się ściśle z objawem zasadniczym wymiotami: im więcej i częściej zwraca dziecko, tem bardziej upośledzone staje się jego odżywianie, dając coraz wyraźniejszy obraz niedożywienia a następnie wyniszczenia i zaniku (hypotrophia — atrophia — athrepsia).

Nie będę tu rysował obrazu tego zaniku, podkreślę tylko niektóre dość charakterystyczne dla zaburzeń drożności odźwiernika niemowlęcia cechy zewnętrzne, jak liczne zmarszczki na czole, nadmierne uwłosienie czoła i skroni, oraz wybitne objawy odwodnienia. Jedno-

cześnie uderza znaczna ruchliwość i żywy wyraz oczu tych dzieci w przeciwieństwie do przypadków wyniszczeń, występujących w przebiegu zaburzeń odżywiania, kiedy mamy bądź wyraz twarzy cierpiący (toxicosis), bądź też znaczną apatję i spokój (u niedożywionych bez zatrucia).

Brzuch niemowlęcia ma często wygląd charakterystyczny; uwypuklenie okolicy żołądka (lewe podbrzusze) stanowi uderzający kontrast z zapadnięciem dolnej połowy brzucha. Okolica żołądka zwraca jednak naszą uwagę głównie spowodu występujących tu często objawów nadmiernej ruchliwości ścianek żołądka (hypermotilitas) przejawiającej się w postaci „falowania żołądka" od strony lewej ku prawej. „Fale" te występują bądź samoistnie, bądź po podrażnieniu mechanicznem (uderzanie palcami) lub nawet ochłodzeniu (obnażeniu) niemowlęcia. Fale mogą mieć różną wysokość i szybkość; wysokie i utrzymujące się dłużej wzniesienia z falowaniem powolnem, ujawniającem przewężanie się żołądka w kształcie klepsydry, określamy mianem „stawiania się" żołądka: jest to objaw niezmiernie wartościowy, prawie znamienny dla zwężenia odźwiernika.

W górnej okolicy brzucha po stronie prawej tuż pod łukiem żebrowym, 2 do 3 cm. od linji środkowej, możemy również stwierdzić przy głębszem omacywaniu guz w kształcie oliwki, o wymiarach ostatniego paliczka małego palca dorosłego; guz ten może dochodzić zresztą do wielkości śliwki, a nawet orzecha włoskiego. Stwierdza się go najłatwiej w okresie falowania żołądka, choć w niektórych przypadkach guz jest macalny i poza ruchami żołądka. Dolna granica żołądka w przypadkach dalej posuniętych bywa opuszczona wskutek rozstrzeni tego narządu.

Poza badaniem jamy brzusznej poważne znaczenie kliniczne ma przebieg wagi niemowlęcia: stwierdzamy tu bądź tylko brak przyrostu, względnie bardzo nieznaczny przyrost, bądź też spadek, który może następować dużemi skokami. W przypadkach o cięższym przebiegu stan wyniszczenia stwierdza się już w początku lub środku drugiego miesiąca życia dziecka. Prócz wagi, badamy skrzętnie stan stolców: czy dziecko oddaje je wogóle samoistnie i czy stolce mają wyraźne cechy stolca głodowego; skąpe, suche, alkaliczne, barwy bronzowej, niekiedy przypominające smółkę stolce zdarzają się częściej, niekiedy jednak wypróżnienia mają raczej wygląd „dyspeptycznych". Moczu dziecko oddaje również mało i matki zwracają często uwagę na różowawe zabarwienie plam moczu na pieluszkach (wskutek wysycenia moczu i dużej ilości moczanów).

Przejdziemy do analizy omówionych wyżej objawów zasadniczych. Widzimy wśród nich objawy dwojakiego rodzaju: 1) objawy miejscowe wskazujące na zaburzenia mechanicznej działalności żołądka — „falowanie" lub „stawianie się żołądka", uwypuklenie górnej części brzucha, wreszcie guz w okolicy odźwiernika. 2) objawy wtórne, które są następstwem utrudnionego, względnie niedostatecznego przedostawania się treści pokarmowej z żołądka do dwunastnicy: stan wagi i objawy zapadnięcia dolnej części brzucha, odwodnienia, wyniszczenia lub zaniku, zaparcia stolca, mała ilość moczu.

Wszystkie te objawy oraz przebieg kliniczny nasuwały już pierwszym badaczom tej postaci chorobowej (Hirschprung 1887, Heubner i Finkelstein 1896) myśl o 2 stanach: zwężeniu i skurczu odźwiernika. Oddawna również starano się stany te uzależnić od siebie. Nie było jednak zgody co do tego, który stan uważać należy za pierwotny, za przyczynę choroby. Jedni uważali, że tą przyczyną jest przerost pierwotny okrężnych włókien odźwiernika, powodujący wybitne zwężenie, objawy zaś miejscowe, świadczące o nadmiernej pobudliwości żołądka i jego skurczach, są wywołane koniecznością przezwyciężenia przeszkody, jaką stanowi zmniejszenie światła. Inni natomiast punkt wyjścia chcieli widzieć w skurczach odźwiernika, przerost zaś i następcze zwężenie odźwiernika uważali za zjawisko wtórne, za następstwo powtarzających się stale skurczów. Zwolennicy poglądu, że przerost mięśniówki jest pierwotną wadą rozwojową (myoma pylori), przytaczają opisy przerostu mięśni odźwiernika, stwierdzonego już u 7 miesięcznych płodów (Deant) lub u noworodków, które zmarły w ciągu 1—2 doby życia (Grawitz) i u których stwierdzono sekcyjnie zwężenie odźwiernika z przerostem. Badacze zaś, którzy uważają, że przyczyną pierwotną sprawy jest skurcz odźwiernika, nie dają się przekonać powyższemi dowodami: sądzą oni, że skurcze odźwiernika mogą występować już w życiu płodowem i wywołać znaczny przerost i zwężenie w chwili urodzenia dziecka.

Fizjologja patologiczna wskazuje, że do wystąpienia wymiotów niezbędny jest skurcz ścian żołądka — czy to będzie skurcz wszystkich warstw łącznie ze śluzówką (gastrospasmus totalis), czy tylko warstwy mięśniowej całego żołądka lub jego części (pylorospasmus lub cardiospasmus).

Z punktu widzenia klinicznego należy—zdaniem naszem—pominąć rozwikłanie podanego wyżej problemu, czy pierwotny jest skurcz, czy zwężenie, stawiając sprawę w nieco innej płaszczyźnie: musimy raczej dążyć do ustalenia, czy wszystkie objawy, jakie w danym

przypadku spostrzegamy, dadzą się objaśnić skurczem odźwiernika, czy też mamy dowody istniejącego zwężenia.

Jeżeli pod tym kątem widzenia dokonamy analizy objawów, jakie spostrzegamy w przypadkach podejrzanych o zwężenie odźwiernika, to przekonamy się, że z wymienionych wyżej objawów niektóre przemawiają istotnie za istnięjącem zwężeniem odźwiernika, żadnego jednak nie możemy uważać za dowód niezbity: nawet guz, wyraźnie stwierdzony w okolicy odźwiernika, może być tylko przejawem przejściowego skurczu; doświadczenie kliniczne wskazało nam, że w przypadkach stwierdzonego następnie drogą operacyjną wybitnego zwężenia przerostowego guza nie udawało się wcale stwierdzić przy omacywaniu (Gerlée)

Spostrzeganie kliniczne wskazuje, że wymioty o charakterze skurczowym mogą wystąpić, jako skutek nadwrażliwości ścianek żołądka lub nawet tylko jego śluzówki u niemowląt neuropatycznych. Wymioty tego pochodzenia zostały wyodrębnione przez Marfana w osobną jednostkę chorobową pod nazwą vomitus habitualis (wymioty nawykowe). Jest to właściwie „nerwica żołądka" (gastronévrose émétisante) niemowlęcia, opisywana przez różnych autorów pod różnemi nazwami.

Niektórzy badacze (Thomson, Wernstedt, Heubner) uważają taką wzmożoną pobudliwość żołądka za miejscowy przejaw skazy skurczowej — „lokale Spasmophilie". Co do istoty tej sprawy Marfan innego jest zdania: autor ten sądzi, że wymioty nawykowe z znacznej liczbie przypadków (68%) są następstwem swoistych zmian kiłowych, dotyczących okolicy ośrodka wymiotnego w opuszce („centre émétisant bulbaire"): inni jeszcze badacze (Flamini) przypisują kile własności zwiększania stanu wagotonji, powodującego wymioty. Terrien opisał (1929), jako pseudostenosis pylori, 4 przypadki zaburzeń drożności odźwiernika, wyleczone po zastosowaniu płukania żołądka i usunięciu dużej ilości śluzu (gastrite glaireuse). Wady techniki karmienia, a mianowicie połykanie przez niemowlęta przy ssaniu większej ilości powietrza (aërophagia) również uważane było przez czas pewien za wystarczającą przyczynę powtarzających się stale wymiotów; obecnie przeważa pogląd, że połykanie powietrza może być jedynie czynnikiem sprzyjającym, lecz do wywołania wymiotów niezbędna jest skłonność do skurczów.

Klinicznie przeto postawione przez nas wyżej zagadnienie sprowadza się do różniczkowego rozpoznania pomiędzy wymiotami nawykowemi a skurczem, towarzyszącym zwężeniu przerostowemu odźwiernika.

Jakież będą niezbite dowody zwężenia odźwiernika, dowody wystarczające do postawienia wskazań do operacji. Doniedawna za jedyny pewny dowód uważano zgłębnikowanie żołądka: jeżeli tą drogą udawało się stwierdzić naczczo lub w kilka godzin po posiłku zaleganie treści żołądkowej, można było mówić stanowczo o trwałej przeszkodzie w odźwierniku. Hess zalecał w celach rozpoznawczych zgłębnikowanie dwunastnicy. Obecnie niezbity dowód zwężenia osiągamy ściślej i dokładniej przy pomocy radjoskopji: badania żołądka w różnych okresach po podaniu papki kontrastowej pozwalają stwierdzić, jaka część pokarmu przedostaje się z żołądka do jelit. W przypadkach zwężenia odźwiernika, jak stwierdziliśmy w naszych badaniach, papka zalega w żołądku w ciągu całej doby (i dłużej), a tylko znikomo mała jej część (1/10 a najwyżej 1/6) przedostaje się stopniowo do jelit.

Należy jednak zauważyć, że stwierdzone klinicznie zwężenie wskutek przerostu odźwiernika niekiedy samoistnie przestaje być nieprzyzwyciężoną przeszkodą w przesuwaniu się treści żołądkowej. Każdy klinicysta spostrzegał niemowlęta, u których poprawa nastąpiła nagle, wbrew oczekiwaniom, w przypadkach uporczywych, długo nie poddających się leczeniu wewnętrznemu. Zdawałoby się zatem, że i radjoskopja niezawsze może być bezwzględnem wskazaniem do zabiegu chirurgicznego. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że podobne samorzutne ustąpienie skłonności do skurczów zachodzi u niemowląt starszych, w 4 — 5 miesiącu życia. Stawiając przeto — po stwierdzeniu zwężenia odźwiernika — wskazanie do zabiegu chirurgicznego, musimy wziąć pod uwagę wiek niemowlęcia i rozważyć, czy stan jego pozwala liczyć na „przetrwanie" do czasu przewidywanego ustąpienia skurczów. W tej trudnej decyzji poważną pomoc mogą nam okazać dodatkowe badania chemiczne. Badania te (Ribadeau-Dumas, Phélisot i in.) wyodrębniły pewien zespół zmian charakterystycznych („syndrome humoral"), w szczególności wybitne zwiększenie zasobu zasad (80 i wyżej, zamiast 50%) oraz zmniejszenie zawartości chloru (hypochloraemia) zarówno w krwinkach, jak osoczu *). Badania radjologiczne, poparte wynikami badania chemicznego (rezerwa alkaliczna) dają nam zatem wyraźne wskazania do leczenia chirurgicznego.

Drogi postępowania naszego przed postawieniem tego wskazania—t. j. leczenie wewnętrzne w zaburzeniach drożności odźwiernika jest dostatecznie ustalone. Należy dążyć do określenia tolerancji

*) Badania te omówi szczegółowo dr. H. Kaulbersz-Marynowska (będzie ogłoszone drukiem w Pedj. Pol.).

dziecka, podając częściej (10—15—20 razy) ściągnięty pokarm kobiecy, w razie potrzeby zagęszczony dodatkiem cukru. Przystawianie do piersi da się przeprowadzić tylko w lekkich przypadkach. Podawanie przed posiłkiem płynnym (wzgl. przed przystawieniem do piersi) gęstej papki w niewielkiej ilości (10,0 — 15,0) zasługuje na wypróbowanie.

Płyn podajemy dziecku osobno, określając ściśle jego minimum (150,0 do 2C0,0 na 1 kg. wagi); co do rodzaju płynu (Ringer czy glukoza), uzależniamy to od wyniku badań krwi na zawartość Cl, — wzgl. podajemy obydwa te płyny na zmianę. Ze środków farmakologicznych najpewniejsze wyniki daje atropina (w razie potrzeby podskórnie); obok atropiny w przypadkach uporczywych podajemy gardenal lub inne środki tej grupy; we wszystkich przypadkach staramy się podawać dodatkowo pewną ilość wapnia (Calcium chloratum lub bromatum). Jeżeli w ten sposób osiągamy choćby nieznaczny przyrost wagi, a zasób zasad nie jest wysoki, odkładamy decyzję co do zabiegu chirurgicznego tem chętniej, im starsze jest niemowlę w przeciwnym razie zwracamy się do chirurga o dokonanie zabiegu.

Pozostaje nam jeszcze do omówienia sprawa postępowania leczniczego po zabiegu operacyjnym. Należy tu, jak wszędzie postępować indywidualnie, licząc się ze stanem dziecka. Obserwacja niemowlęcia przed zabiegiem wskazuje nam zazwyczaj, jaka jest jego tolerancja. W przypadkach znaczniejszego wyniszczenia podajemy posiłki skąpe, obliczając jednak w ten sposób, by pokryć przynajmniej minimum zapotrzebowania, a wraz z poprawą stanu dziecka stale podnosimy ilość pożywienia. U niemowląt mniej wyniszczonych, nie nasuwających obaw co do łatwego przekroczenia tolerancji, szybko dochodzimy do pokrycia optimum zapotrzebowania. Naogół niemowlęta poprawiają się szybko po dokonanym zabiegu; dzieje się to nawet w tych rzadszych przypadkach, kiedy zabieg operacyjny nie odrazu usuwa zupełnie wymioty. Skłonność do skurczów, jaka się utrzymuje pomimo przywrócenia drożności odźwiernika, ustępuje zazwyczaj już po kilku dniach. W razie podejrzenia co do niezupełnego usunięcia zwężenia uciekamy się znowu do radjoskopji oraz określamy zasób zasad. Według badaczy francuskich oznaczenie rezerwy alkalicznej jest miarodajnym wskaźnikiem, czy zabieg chirurgiczny został należycie wykonany.

STRESZCZENIE.

Leczenie operacyjne zwężeń przerostowych odźwiernika u niemowląt (pylorotomia extramucosa) dzięki postępom techniki chirur-

gicznej stało się zabiegiem łagodnym, dobrze znoszonym przez niemowlęta i dającym rękojmię szybkiego powrotu niemowlęcia do dobrego stanu.

Po stwierdzeniu zwężenia przerostowego wcześnie stawiać należy wskazania do zabiegu operacyjnego, nie czekając na znaczniejsze wyniszczenie niemowląt. Im młodsze jest niemowlę, tem mniejsze są widoki samoistnego ustąpienia objawów niedrożności.

Stwierdzenie zwiększonego zasobu zasad (powyżej 75%) i zmniejszonej zawartości chloru we krwi u niemowlęcia w 1 kwartale życia, które w ciągu 7 — 10 dni nie dało przyrostu wagi a przy badaniu radjoskopowem wykazało słabe przedostawania się treści pokarmowej do dwunastnicy, jest bezwzględnem wskazaniem do zabiegu. W przypadkach znaczniejszego wyniszczenia wskazany zabieg powinien być wykonany bezzwłocznie, gdyż tylko leczenie chirurgiczne może jeszcze uratować życie dziecka.

Prof. Dr. W. JASIŃSKI (Wilno).
Chef de la Clinique Infantile de l'Université.

A propos du traitement de la sténose du pylore des nourrissons.

La pylorotomie extramuqueuse grâce aux progrès de la technique chirurgicale est bien supportée par les ete nourrissons et donne des chances du vite rétablissement de leur santè.

L'intervention chirurgicale doit être effectuée toujours quand le diagnostic de la sténose est confirmé par la radioscopie et par l'examen chimique du sang.

En général on doit opérer assez tôt avant que l'enfant devient decomposé; plus jeune est le nourrisson, plus exceptionnels sont les cas de la guérison spontanée.

Une réserve alcaline très élevée (au dessus de 75%) et un abaissement du chlore du sang (globules rouges et plasma) en même temps qu'un obstacle du passage de la nourriture dans le duodénum est confirmé par la radioscopie donnent une indication absolue pour l'intervention chirurgicale et surtout chez le nourrisson dans le I quartier de la vie quand le poids n'augmenta pas pendant 7 — 10 jours du traitement médical.

Dans les cas où l'enfant est dans l'état d'athrepsie l'opération doit être faite immédiatement car seulement elle peut encore sauver la vie d'enfant.

JAN ŚLIPIKOWSKI.

Zanieczyszczenie gleby m. Wilna.

(*Badania chemiczne*).

Z Zakładu Higjeny Uniwersytetu Wileńskiego.
Kierow. Prof. *Dr. K. Karaffa-Korbutt.*

W higjenie osiedli sprawa czystości gleby posiada znaczenie pierwszorzędne, od stanu bowiem tej czystości zależy w stopniu dużym czystość powietrza i wody. Zanieczyszcza glebę ustawicznie człowiek swemi wydzielinami i najróżnorodniejszemi odpadkami, powstającemi w jego gospodarce. W osiedlach ludnych ilość tych substancyj, gromadzących się z dnia na dzień, sięga liczb bardzo dużych. Dla ilustracji przytoczę tu przykład, podany przez K. Karaffę-Korbutta (1): W mieście, liczącem 100.000 mieszkańców gromadzi się dziennie 9 m^3 kału, 120 $m.^3$ moczu i 12500 m^3 ścieków, nie licząc opadów atmosferycznych, razem 12629 $m.^3$ W obliczeniu na rok wynosi to 4.609.585 $m.^3$ Owa masa nieczystości mogłaby utworzyć jezioro, posiadające długość 2 km, szerokość $1/2$ km i głębokość przeszło 4,6 m.

Nic więc dziwnego, że miasta większe, aby uchronić swe tereny od straszliwego w krótkim czasie zanieczyszczenia, zmuszone są do wielkich wysiłków, do kosztownych inwestycyj celem systematycznego usuwania gromadzących się nieustannie różnorodnych nieczystości. Mimo to zanieczyszczenie gleby w miastach, jak wykazują odnośne badania, o wiele przewyższa tak zwane zanieczyszczenie normalne, o czem będzie dalej mowa

W Polsce, o ile mi wiadomo, badano jedynie zanieczyszczenie gleby m. Warszawy. Wzmianek o badaniach gleby innych miast polskich w piśmiennictwie, którem rozporządzałem, nie znalazłem.

Z inicjatywy Prof. K. Karaffy-Korbutta w roku ubiegłym dokonałem chemicznych badań 100 próbek gleby m. Wilna na zanieczyszczenie. Nie rozporządzałem dostateczną ilością czasu, aby przeprowadzić swe badania w zakresie szerszym. Ograniczyć się musiałem do oznaczeń ilościowych azotu i amonjaku, jako najważniejszych wskaźników zanieczyszczenia gleby, a i te badania zajęły mi blisko 8 miesięcy czasu.

Zanim przystąpiłem do badań właściwych, musiałem wpierw opanować technikę oznaczania tych wskaźników. Z początku przerobiłem metodą Kjeldahl'a szereg określeń azotu najpierw w fasoli, potem w ziemi ogrodowej.

Oznaczania azotu w glebie dokonywałem w sposób następujący. Do kolby Kjeldahl'a pojemności 500 cm^3 wsypywałem 10 g wysuszonej i roztartej na proszek gleby. Następnie wsypywałem kilka gramów czystego siarczanu potasowego, poczem wlewałem 25 cm^3 ch. cz. stężonego kwasu siarkowego (siarczan potasowy podnosi t^0 wrzenia kwasu siarkowego); kolbę zatykałem lejkiem, do którego wkładałem kilka kulek szklanych. Gdy gleba już dobrze nasiąknęła kwasem siarkowym (zawartość staje się zupełnie czarna), ustawiałem kolbę na siatkę nad palnikiem i rozpoczynałem spalanie wpierw na małym płomieniu, dopóki nie ustanie burzliwe wytwarzanie się gazów; później płomień zwiększałem, bacząc, aby był w palniku obfity dopływ powietrza, a płomień ogrzewał siatkę swym wierzchołkiem, rozżarzając tylko niewielką jej przestrzeń w postaci kółka pod środkiem dna kolby. Z początku ciecz jest czarna, później następuje stopniowe jej odbarwianie się. Niekiedy wskutek obecności w glebie połączeń żelaza ciecz posiada słabe zabarwienie żółtawe. Po odbarwieniu się cieczy ogrzewanie prowadziłem jeszcze w ciągu 15 minut, poczem gasiłem palnik. Spalanie trwało rozmaicie; zależało to od wielkości płomienia, a również w znacznym stopniu od ilości zawartych w glebie substancyj organicznych. W przypadkach gleby piasczystej spalanie odbywało się znacznie prędzej, niż gleby humusowej. Spalanie trwało przeciętnie 7—12 godzin. Po skończonej destrukcji zawartość kolby rozcieńczałem 100 cm^3 wody destylowanej, wolnej od amonjaku po sklarowaniu się płyn zlewałem ostrożnie do kolby destylacyjnej, pozostawiając na dnie piasek, który następnie dwukrotnie popłókiwałem wodą destylowaną, zlewając ją do kolby destylacyjnej. Następnie kwaśną zawartość tej kolby zobojętniałem 30% ługiem sodowym i gdy stwierdzałem papierkiem lakmusowym, że reakcja staje się obojętną, szybko dodawałem jeszcze około 10 cm^3 ługu; dla równomiernego podczas destylacji wrzenia uprzednio wsypywałem około 1 gr czystego sproszkowanego cynku metalicznego. Kolbę natychmiast łączyłem z chłodnicą aparatu destylacyjnego, której koniec zanurzałem do $^1/_{10}$ n. $H_2 SO_4$, nalanego do kolby Erlenmeyera w ilości 25 cm^3 z 1% rozczynem metyloranżu, jako indykatorem, poczem rozpoczynałem odpędzanie wywiązującego się amonjaku. Po przedestylowaniu niemniej niż 100 cm^3 cieczy, mianowałem pozostający w przedestylowanej cieczy nadmiar $N/_{10}$ kw. siarkowego $N/_{10}$ ługiem sodowym. Z ilości związanego amonjakiem kwasu siarkowego określałem azot w następujący sposób: jeżeli np. amonjak, który się wydzielił z **a** gramów substancji, związał **b**. cm^3 $N/_1$ kw.siarkowego;

odpowiada to **b**. 0,01401 g azotu, a więc **a** : **b**. 0,01401=100 : **X** czyli $X = \frac{1{,}401.b}{a}$ % azotu.

Pewne wahania miałem co do wyboru metod oznaczania ilościowego amonjaku. Metoda kolorymetryczna oczywiście najmniej nadawałaby się tutaj, a poza tem metoda ta posiada pewną dozę subjektywizmu. Miałem więc do wyboru 2 metody—destylacyjną, oraz metodę Schlössinga. Dla zorjentowania się, która z tych metod będzie bardziej dogodna, dokonałem szeregu badań próbnych. Oznaczanie amonjaku zapomocą destylacji przeprowadzałem, jak to podaje König (2), mianowicie: 100 gr suchej i dobrze sproszkowanej gleby, wsypuje się do zwykłej 1—2 litrowej zlewki, dodaje się 50 cm^3 20% kwasu siarkowego. Po ustaniu wydzielania się gazów, dodaje się jeszcze 50 cm^3 kw. siarkowego. Gdy już wydzielania się gazów niema, dodaje się wody destylowanej wolnej od amonjaku do ogólnej ilości 400 cm^3, równomiernie się miesza, waży się zlewkę z zawartością, następnie pozostawia się do chwili, aż płyn ponad glebą zupełnie się wyklaruje; wtedy odciąga się lewarem, lub ostrożnie zlewa się część płynu, określa się wagę pobranego płynu zapomocą ważenia zlewki z pozostałym płynem i glebą. Aby określić, jaką część płynu stanowi płyn odciągnięty lewarem, czy też zlany, filtruje się przez sączek pozostały płyn z glebą. Pozostałość na sączku suszy się, waży i odejmuje od pierwotnej wagi wagę pozostałości + wagę zlewki; określa się w ten sposób wagę całej cieczy. Odciągniętą część płynu wlewa się do kolby destylacyjnej, zobojętnia się zapomocą MgO, stwierdzając odczyn papierkiem lakmusowym. Gdy reakcja jest już obojętna, dodaje się jeszcze trochę MgO, następnie łączy się kolbę destylacyjną z chłodnicą, której koniec jest zanurzony w $N/_{10}$ H_2SO_4, nalanym w ilości 25 cm^3 do erlenmejerki, poczem kolbę ogrzewa się, amonjak przechodzi do kwasu siarkowego i wiąże się z nim. Po przedestylowaniu około 100 cm^3 cieczy mianuje się wolny kwas siarkowy $N/_{10}$ ługiem sodowym [indykator metyloranż]. Liczbę cm^3 $N/_{10}$ kwasu, który się związał z amonjakiem, mnożymy przez 0,017.

Określanie amonjaku metodą Schlössinga: 50 gr suchej i sproszkowanej gleby wsypuje się do płytki Petriego, zalewa się mocnym ługiem sodowym, stawia się natychmiast do eksykatora, w którym na półce ustawia się zlewkę z 25 cm^3 $N/_{10}$ H_2SO_4; eksykator szczelnie się zamyka. Nie wcześniej, niż po 48 godzinach [w ciągu tego czasu wyzwala się z gleby amonjak i wiąże się z kwasem siarkowym] zdejmuje się pokrywę eksykatora i nad-

miar kwasu siarkowego w zlewce mianuje się $N/_{10}$ ługiem sodowym [indykator metyloranż]. Ilość $N/_{10}$ kwasu siarkowego, który został związany z amonjakiem, przelicza się na $N/_1$ i mnoży się przez odpowiedni współczynnik, a mianowicie — 0,017. Do badań próbnych metodą Schlössinga stosowałem ściśle określoną ilość chlorku amonowego, którą zadawałem w eksykatorze mocnym ługiem sodowym i dalej postępowałem, jak przed chwilą opisałem, poczem porównywałem wyniki obliczeń teoretycznych z wynikami doświadczenia.

Obliczenia teoretyczne:

1 g NH_4Cl zawiera 310,9 mg NH_3.

Wyniki doświadczenia:

Za każdym razem w dwóch próbach brałem po 0,1 NH_4Cl i znalazłem:

I 18,1 cm^3 $^1/_{10}$ n H_2SO_4 t. j. 1,81.0,017 = 0,03077 NH_3.
II 18,2 cm^3 $^1/_{10}$ n H_2SO_4 t. j. 182.0,017 = 0,03094 NH_3.

W obliczeniu więc na 1 g otrzymałem wyniki następujące:

I. 307,7 mg NH_3.
II. 309,4 mg NH_3.

Widzimy więc, że prawie cały amonjak został w doświadczeniu określony. Co się tyczy gleby, przerobiłem 5 prób obu sposobami. Glebę tę pobierałem w końcu stycznia i w początku lutego 33 r. w ogrodzie przy zauł. Warszawskim Nr. 5 z głębokości 20 cm. w 2 punktach, odległych o metr.

Wyniki w obliczeniu na 100 gleby przedstawiają się, jak następuje:

Metoda destylacyjna	Metoda Schlössinga
8,245 mg NH_3	8,5 mg NH_3
7,725 „ „	7,82 „ „
8,075 „ „	8,16 „ „
8,16 „ „	8,33 „ „
7,905 „ „	7,99 „ „

Widzimy więc, iż wyniki są prawie jednakowe. Ze względu na to, iż sposób Schlössinga jest znacznie tańszy i mniej skomplikowany, zdecydowałem przeprowadzać oznaczenie amonjaku tą metodą.

Przystępując do właściwego badania wybrałem za poradą asystenta Zakładu Higjeny p. D-ra Kasperowicza szereg punktów w mieście, z których pobierałem próby. Chodziło tu o rynki i postoje dorożek konnych, oraz o ulice na przedmieściach i w śródmieściu. Do pobierania prób gleby wiosną i latem używałem świdra Fraenkla, którego budowa jest następująca: Składa się świder z drewnianej rękojeści oraz grubościennej rury metalowej, która u góry się łączy z rękojeścią, a u dołu posiada zakończenie w postaci ostrosłupa ośmiograniastego o bardzo ostrych brzegach. Średnica światła rury wynosi 6 cm, długość — 38 cm. Z boku rury znajduje się klapa, ściśle przylegająca do rury i zamykająca jej światło przy wkręcaniu świdra w glebę; następnie, gdy świder jest już na potrzebnej głębokości, pokręcamy nim kilka razy w stronę przeciwną, wówczas klapa odsłania się i ostry brzeg rury wrzyna się w glebę, która zapełnia światło rury. Następnie, gdy się wykręca świder, to klapa zamyka się samoczynnie i w ten sposób otrzymuje się próbkę gleby z danej głębokości. Zapomocą świdra, którym się posługiwałem, mogłem wydobyć około 750 g gleby. Próbki zwykle pobierałem z głębokości 75 cm. w dnie pogodne. W zimie wobec zmarznięcia ziemi pobieranie prób świdrem Fraenkla było b. trudne; wówczas żelaznym drągiem odbijano ziemię aż do strefy przemarzania i z odpowiedniej głębokości pobierano próbkę rydlem. Ziemia w zimie była zamarznięta na dość dużą głębokość. Najgłębsze zamarznięcie stwierdziłem dnia 14.II.1933 r. na rogu północno - wschodnim Rybnego rynku przy ul. Zawalnej, gdzie warstwa zamarznięta sięgała 65 cm. W innych miejscach warstwa zamarznięta sięgała 55—60 cm. Pobraną glebę przechowywałem w pracowni w chłodnem suchem miejscu w paczkach, lub naczyniach. Gdy gleba wysychała na proszek, przystępowałem do badania.

Wyniki tych badań są następujące:

Rynek Rybny przy ul. Zawalnej

pobrano dn. 14 II.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg gleby	%
1	Róg południ.-wschodni	2241,96 mg.	0,224 %	71,96 mg.	0,00719 %
2	Róg północn.-wschodni	2598,96 mg.	0.260 %	99,70 mg.	0,00997 %
3	Róg północ.-zachodni	1157,39 mg.	0,116 %	50,82 mg.	0,00508 %
4	Róg południ.-zachodni	1244,67 mg.	0,124 %	54,61 mg.	0,00546 %
5	Środek	1452,99 mg.	0,145 %	61,56 mg.	0,00616 %
	Średnia	1739,19 mg.	0,174 %	67,73 mg.	0,00677 %

Rynek przy ul. Nowogródzkiej

pobrano dn. 3.III.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
6	Róg północ.-wschodni	1838,55 mg.	0,184 %	54,61 mg.	0,00546 %
7	Róg połnoc.-zachodni	824,67 mg.	0,082 %	47,68 mg.	0,00477 %
8	Róg południ.-wschodni	881,79 mg.	0,088 %	58,09 mg.	0,00581 %
9	Róg południ.-zachodni	696,15 mg.	0,070 %	44,22 mg.	0,00442 %
10	Środek	910,35 mg.	0,091 %	54,61 mg.	0,00546 %
	Średnia	1030,30 mg.	0,103 %	51,85 mg.	0,00518 %

Rynek na Zarzeczu

pobrano dn. 28.III.1934 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
11	Róg północn.-zachodni	1107,47 mg.	0,111 %	47,68 mg	0,00477 %
12	Róg południ.-zachodni	1452,99 mg.	0,145 %	56,35 mg.	0,00563 %
13	Róg południ.-wschodni	967,47 mg.	0,097 %	44,22 mg.	0,00442 %
14	Róg północ. wschodni	1724,31 mg.	0,172 %	58,09 mg.	0,00581 %
15	Środek	1281,63 mg.	0,128 %	54,61 mg.	0,00546 %
	Średnia	1306,77 mg.	0,131 %	52,12 mg.	0,00521 %

Rynek przy ul. Subocz

pobrano dn. 7.IV.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
16	Róg północ.-zachodni	1324,35 mg.	0,132 %	58,09 mg.	0,00581 %
17	Róg północ.-wschodni	1895,75 mg.	0,190 %	61,56 mg.	0,00616 %
18	Róg południ.-wschodni	711,27 mg.	0,071 %	40,75 mg.	0,00407 %
19	Róg południ.-zachodni	932,75 mg.	0,093 %	44,22 mg.	0,00442 %
	Średnia	1216,03 mg.	0,122 %	51,17 mg.	0,00512 %

Rynek Łukiski

pobrąno dn. 8.IV.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
20	Róg północ.-zachodni trawnik	567,63 mg.	0,057 %	44,22 mg.	0,00442 %
21	Róg północ.-zachodni	639,03 mg.	0,064 %	37,27 mg.	0,00373 %
22	Postój furmanek środek	738,99 mg.	0,074 %	71,96 mg.	0,00720 %
23	Postój furmanek środek	79[illegible],11 mg.	0,080 %	54,61 mg.	0,00546 %
24	Róg południ.-wschodni trawnik	524,79 mg.	0,052 %	40,75 mg.	0,00407 %
25	Róg północ.-wschodni	696,15 mg.	0,070 %	47,68 mg.	0,00477 %
	Średnia	663,78 mg.	0,066 %	49,41 mg.	0,00494 %

Rynek przy ul. Kalwaryjskiej

pobrano dn. 8.IV.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
26	Róg północ.-wschodni	453,39 mg.	0,045 %	37,27 mg.	0,00373 %
27	Róg południ.-wschodni	415,55 mg.	0,042 %	33,81 mg.	0,00338 %
28	Środek	530,50 mg.	0,053 %	44,22 mg.	0,00442 %
29	Róg północ.-zachodni	353,43 mg.	0,035 %	26,87 mg.	0,00269 %
30	Róg południ.-zachodni	396,27 mg.	0,040 %	29,95 mg.	0,00299 %
	Średnia	429,82 mg.	0,043 %	34,42 mg.	0,00344 %

Rynek Stefański

pobrano dn. 10.IV.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
31	Róg północ.-wschodni	1595,79 mg.	0,160 %	51,15 mg.	0,00511 %
32	Róg południ.-wschodni	2081,31 mg.	0,208 %	58,09 mg.	0,00581 %
33	Środek	1881,39 mg.	0,188 %	96,23 mg.	0,00962 %
34	Róg południ.-zachodni	1981,35 mg.	0,198 %	75,43 mg.	0,00754 %
35	Róg północn.-zachodni	1878,59 mg.	0,188 %	68,49 mg.	0,00685 %
	Średnia	1883,68 mg.	0,188 %	69,88 mg.	0,00699 %

Postój dorożek w okolicy Ostrej Bramy

pobrano dn. 24.II.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
36	Przy ul. Piwnej	787,71 mg.	0,079 %	58,09 mg.	0,00581 %
37	Przy ul. Beliny	710,43 mg.	0,071 %	47,68 mg.	0,00477 %
38	Przy Ostrej Bramie	1267,35 mg.	0,127 %	61,56 mg.	0,00616 %
	Średnia	921,83 mg.	0,092 %	55,78 mg.	0,00558 %

Postój dorożek

pobrano dn. 19.V.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
39	Przy Ratuszu	1277,08 mg.	0,128 %	45,40 mg.	0,00454 %
40	Przy ul. Jagiellońskiej	1137,32 mg.	0,114 %	40,00 mg.	0,00400 %
41	Przy cerkwi Roman. na Pohulance	1179,25 mg.	0,118 %	52,19 mg.	0,00522 %
42	Przy Teatrze na Pohulance	746,04 mg.	0,075 %	40,00 mg.	0,00400 %

Postój dorożek

pobrano dn. 12.VI.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. globy	%
43	Przy ul. Ostrobramskiej u Mostu Żelaznego	1137,32 mg.	0,114 %	65,77 mg.	0,00658 %
44	Postój dorożek przy Dworcu	1277,09 mg.	0,128 %	75,95 mg.	0,00759 %

Bosaki Tyszkiewiczowskie

pobrano dn. 10.IV.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
45	Róg połudn.-wschodni	424,83 mg.	0,042 %	29,95 mg.	0,00299 %
46	Róg północ-wschodni	596,19 mg.	0,060 %	44,22 mg.	0,00442 %
47	Środek	653,31 mg.	0,065 %	40,75 mg.	0,00407 %
48	Róg północ.-zachodni	715,71 mg.	0,072 %	44,22 mg.	0,00442 %
49	Róg połudn. zachodni	624,75 mg.	0,062 %	33,81 mg.	0,00338 %
	Średnia	602,95 mg.	0,060 %	38,59 mg.	0,00386 %

Plac przy Sądzie Wojskowym przy ul. Subocz

pobrano dn. 7.IV.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
50	Róg północ.-zachodni	1652,91 mg.	0,165 %	61,56 mg.	0,00616 %
51	Róg północn.-wschodni	824,67 mg.	0,082 %	44,22 mg.	0,00442 %
52	Róg połudn.-wschodni	1424,43 mg.	0,142 %	68,49 mg.	0,00685 %
53	Róg połudn.-zachodni	1253,07 mg.	0,125 %	40,75 mg.	0,00407 %
	Średnia	1288,77 mg.	0,129 %	53,75 mg.	0,00537 %

Plac św. Piotra i Pawła, Rynek

pobrano dn. 14.III.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
54	Środek	1067,43 mg.	0,107 %	47,68 mg.	0,00477 %
55	Róg północ.-wschodni trawnik	553,33 mg.	0,055 %	40,75 mg.	0,00407 %
56	Róg połudn.-wschodni trawnik	528,79 mg.	0,053 %	44,22 mg.	0,00442 %
57	Róg północ.-zachodni	1666,89 mg.	0,167 %	60,95 mg.	0,00609 %
58	Róg połudn.-zachodni	1267,35 mg.	0,127 %	51,15 mg.	0,00511 %
	Średnia	1016,75 mg.	0,102 %	48,95 mg.	0,00489 %

Ulice na Przedmieściu

pobrano dn. 4.V.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
59	Podwórko przy zaułku Warszawskim Nr. 5	738,99 mg.	0,074 %	29,95 mg.	0,00299 %
60		938,91 mg.	0,094 %	40,75 mg.	0,00407 %
61		1295,91 mg.	0,130 %	51,15 mg.	0,00511 %
	Średnia 3-ch prób z podwórka	990,13 mg.	0,099 %	40,61 mg.	0,00406 %
62	Zaułek Warszawski Nr. 4	496,23 mg.	0,050 %	33,81 mg.	0,00338 %
63	Zauł. Warszawski Nr. 17	396,27 mg.	0,040 %	29,95 mg.	0,00299 %
64	Zauł. Miński	453,39 mg.	0,045 %	37,27 mg.	0,00373 %
65	Zaułek Rossa wpobliżu ulicy Rossa	967,47 mg.	0,097 %	40,75 mg.	0,00407 %
66	Zaułek Rossa wpobliżu zaułka Mińskiego	424,54 mg.	0,042 %	33,81 mg.	0,00338 %
67	Ulica Rossa za Mostem Kamiennym	326,60 mg.	0,033 %	29,95 mg.	0,00299 %
68	Ulica Rossa przed Most. Kamiennym	339,15 mg.	0,034 %	26,87 mg.	0,00269 %

Ulice na Przedmieściu

pobrano dn. 15.V.1933 r.

	MIEJSCE POBRANIA	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
69	Ul. Listopadowa	410,56 mg.	0,041 %	33,81 mg.	0,00338 %
70	Ul. Listopadowa	367,71 mg.	0,037 %	29,95 mg.	0,00299 %
71	Ulica Żelazna Chatka	388,58 mg.	0,039 %	37,27 mg.	0,00373 %
72	Ulica Żelazna Chatka	481,95 mg.	0,048 %	33,81 mg.	0,00338 %
73	Ul. Targowa wpobliżu ul. Turgielskiej	857,79 mg.	0,086 %	29,95 mg.	0,00299 %
74	Ul. Targowa wpobliżu ul. Rossa	480,44 mg.	0,048 %	37,27 mg.	0,00373 %
75	Ul. Turgielska wpobliżu zaułka Warszawskiego	1025,51 mg.	0,'03 %	40,75 mg.	0,00407 %
76	Ul. Turgielska bliżej toru kolejowego	1179,25 mg.	0,118 %	47,68 mg.	0,00477 %
77	Ul. Beliny prawie naprzeciw zaułka Warszawskiego	496,23 mg.	0,050 %	44,22 mg.	0,00442 %
78	ul. Nowa Aleja	383,61 mg.	0,038 %	37,27 mg.	0,00373 %

Ulice w Śródmieściu

pobrano dn. 19.V.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
79	Róg ul. Niemieckiej i Juljana Klaczki	2129,63 mg.	0,213 %	40,00 mg.	0.00400 %
80	Róg ul. Niemieckiej i ul. Żydowskiej	1919,98 mg.	0,192 %	52,19 mg.	0,00522 %
81	Róg ul. Niemieckiej i ul. Dominikańskiej	1444,80 mg.	0,144 %	38,61 mg.	0,00386 %
82	Ul. Wileńska k. Starostwa	1612,51 mg.	0,161 %	48,79 mg.	0,00488 %
83	Róg ul. 3-go Maja i Jakóba Jasińskiego	550,30 mg.	0,055 %	38,61 mg.	0,00386 %
84	Ul. Mała Pohulanka Nr. 17 (chodniki)	592,11 mg.	0,059 %	40,00 mg.	0,00400 %
85	Ul. Mała Pohulanka Nr. 17 (jezdnia)	857,80 mg.	0,086 %	45,40 mg.	0,00454 %
86	Ul. Słowackiego przy Dyrekcji P. K. P.	801,89 mg.	0,080 %	55,58 mg.	0,00556 %
87	Róg ul. Słowackiego i ul. Nowogródzkiej	634,18 mg.	0,063 %	55,58 mg.	0,00556 %
88	U wylotu ul. Wingry na ul. Zawalną	1696,37 mg.	0,170 %	62,37 mg.	0,00624 %
89	Ul. Zawalna przy szpitalu Żydowskim	1193,23 mg.	0,119 %	72,55 mg.	0,00725 %
90	Róg ul. Szpitalnej i ul. Jatkowej	1319,01 mg.	0,132 %	79,35 mg.	0,00793 %

Ulice w Śródmieściu

pobrano dn. 12.VI.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
91	Ul. Końska przy Nr. 18	927,68 mg.	0,093 %	48,79 mg.	0,00488 %
92	Hale Miejskie wschód	1833,96 mg.	0,183 %	86,13 mg.	0,00861 %
93	Hale Miejskie zachód	1551,36 mg.	0,155 %	69,16 mg.	0,00692 %
94	Róg ul. Zawalnej i ul. Kwiatowej	12 07,20 mg.	0,121 %	65,77 mg.	0,00658 %
95	Róg ul. Szopena i ul. Stefańskiej	885,75 mg.	0,089 %	62,37 mg.	0,00624 %
96	Róg ul. Sadowej i ul. Szopena	732,17 mg.	0,073 %	55,58 mg.	0,00556 %
97	Dworzec — wschód	1277,09 mg.	0,128 %	75,95 mg.	0,00760 %
98	Ul. Ostrobramska koło Sali Miejskiej	1430,82 mg.	0,143 %	52,19 mg.	0,005 2 %

Ulica Ostrobramska w okolicy Mostu Żelaznego

pobrano dn. 24.III.1933 r.

	Miejsce pobrania	AZOT		AMONJAK	
		1 kg. gleby	%	1 kg. gleby	%
99	20 metr. od Mostu Żelaznego	1881,39 mg.	0,188 %	65,02 mg.	0,00650 %
100	Kilka metrów bliżej Mostu	1582,47 mg.	0,158 %	61,47 mg.	0,00615 %

Zestawiając powyższe wyniki badania 100 prób, pobranych w rozmaitych punktach m. Wilna, otrzymamy następujące stopnie zanieczyszczenia: Największy stopień zanieczyszczenia substancjami azotowemi wykazuje róg północno-wschodni Rynku Rybnego przy ul. Zawalnej, gdzie w 1 kg gleby znaleziono — *2598,96 mg azotu* (*0,260% N*). Najmniejsze pod tym względem zanieczyszczenie wykazała próba, pobrana przy ul. Rossa, gdzie 1 kg gleby zawiera *26,60 mg azotu* (*0,033% N*).

Największe zanieczyszczenie amonjakiem stwierdziłem również w tem samem miejscu, gdzie było nawiększe zanieczyszczenie substancjami azotowemi t. zn. na rogu północ.-wschod. Rynku Rybnego przy ul. Zawalnej: w 1 kg gleby znalazłem *99,70 mg amonjaku* (*0,00997%* NH_3). Najmniejsze zanieczyszczenie amonjakiem wykazały próby, pobrane przy ul. Rossa, oraz na rogu północno-zachodnim Rynku przy ul. Kalwaryjskiej, gdzie w 1 kg znajduje się: *26,87 mg amonjaku* (*0,00269%* NH_3).

Średnie zanieczyszczenie azotem gleby m. Wilna wynosi na 1 kg. gleby —

1058,83 mg (0.106% N)

amonjakiem

51,12 mg (0,00511% NH_3).

Co się tyczy rynków, to pomimo, że w jednym z punktów Rybnego rynku jest największe wogóle zanieczyszczenie, to jednak wzięte wszystkie 5 lub 4 próby z danego rynku i obliczone średnie wykazują, iż największe zanieczyszczenie azotem stwierdza się na Rynku Stefańskim, gdzie: w 1 kg gleby średnio znajduje się: *1883,68 mg azotu* (*0,188% N*). Ten rynek również najwięcej jest zanieczyszczony amonjakiem; na 1 kg. gleby — *69,88 mgr. amonjaku* (*0,00699%* NH_3). Najmniej jest zanieczyszczony Rynek przy ul. Kalwaryjskiej, gdzie w 1 kg. gleby średnio zawiera się:

429,82 mg azotu (*0,043% N*)

34,42 mgr. amonjaku (*0,00344%* NH_3).

Średnie zanieczyszczenie rynków wogóle wykazuje na 1 kg. gleby:

1160,79 mg azotu (*0,116% N*)

53,19 mg amonjaku (*0,00532%* NH_3).

Jeżeli ułożymy według stopnia średniego zanieczyszczenia same tylko rynki, to będziemy mieli następującą kolejność:

NAZWA RYNKU	Azot w mg na 1 kg. gleby	Azot w %%	Amonjak w mg na 1 kg gleby	Amonjak w %%
Rynek Stefański	1883,68 mg.	0,188 %	69,88 mg.	0,00699 %
Rynek Rybny (przy ul. Zawalnej)	1739,19 mg.	0,174 %	67,73 mg.	0,00677 %
Rynek na Zarzeczu	1306,77 mg.	0,131 %	52,12 mg.	0,00521 %
Rynek przy ul. Subocz	1216,03 mg.	0,122 %	51,17 mg.	0,00512 %
Rynek przy ul. Nowogródzkiej	1030,30 mg.	0,103 %	51,85 mg.	0,00518 %
Plac św. Piotra i Pawła	1016,75 mg.	0,102 %	48,95 mg.	0,00489 %
Rynek Łukiski	663,79 mg.	0,066 %	49,41 mg.	000,494 %
Rynek przy ul. Kalwaryjskiej	429,82 mg.	0,043 %	34,42 mg.	0,00344 %

Gdy zrobimy podobne zestawienie postojów dorożek, znajdziemy największe zanieczyszczenie gleby w miejscu postoju dorożek przy Dworcu, gdzie w 1 kg. gleby jest aż *1277,09 mgr. azotu (0,128% N) i 75,95 mg amonjaku (0,00759% NH_3)*.

MIEJSCE POSTOJU DOROŻEK	Azot w mg na 1 kg gleby	Azot w %%	Amonjak w mg na 1 kg gleby	Amonjak w %%
Przy dworcu	1277,09 mg.	0,128 %	75,95 mg.	0,60759 %
Przy Ratuszu	1277,08 mg.	0,128 %	45,40 mg.	0,00454 %
Przy cerkwi Romanowskiej na Pohulance	1179,25 mg.	0,118 %	52,19 mg.	0,00522 %
Przy Moście Żelaznym	1137,32 mg.	0,114 %	65,77 mg.	0,00658 %
Przy ul. Jagiellońskiej	1137,32 mg.	0,114 %	40,00 mg.	0,004 %
Przy Ostrej Bramie (średnia)	921,83 mg.	0,092 %	55,78 mg.	0,00558 %
Przy Teatrze na Pohulance	746,04 mg.	0,075 %	40,00 mg.	0,00 400 %

Średnie zanieczyszczenie gleby postojów dorożek wynosi na 1 kg gleby:

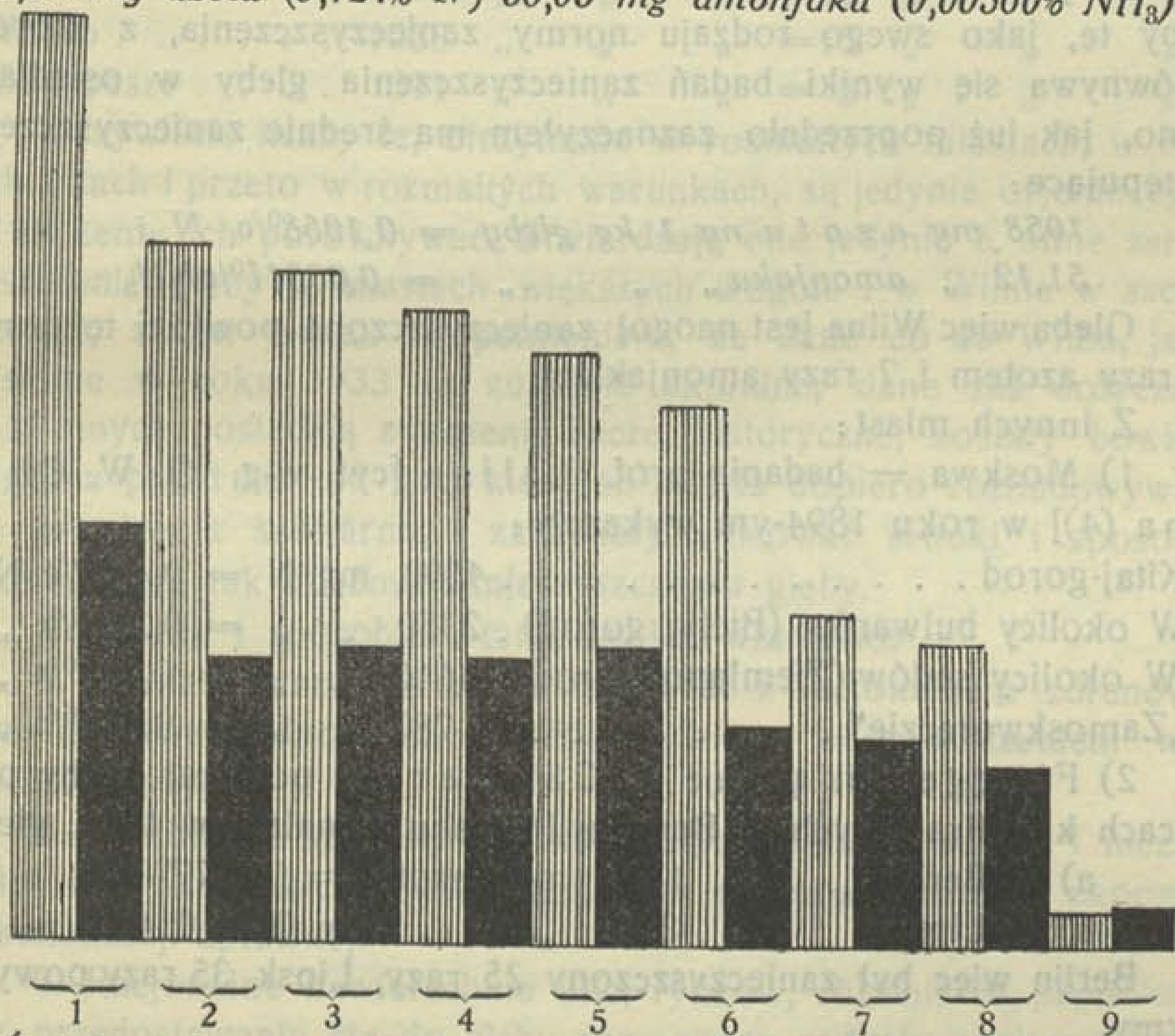
1096,56 mg azotu (0,110% N)
54,35 mg amonjaku (0,00543% NH_3).

Jeżeli chodzi o ulice, to w śródmieściu, jak się należało spodziewać, gleba jest bardziej zanieczyszczona, niż na przedmieściach.

Największe zanieczyszczenie azotem w śródmieściu wykazuje skrzyżowanie ul. Niemieckiej z ulicą Juljana Klaczki; mamy tu w 1 kg gleby: *2129,63 mgr. azotu (0,213% N).*

Największe zanieczyszczenie amonjakiem znalazłem na skrzyżowaniu ul. Szpitalnej z ul. Jatkową, gdzie w 1 kg gleby jest: *79,35 mg amonjaku (0,00793% NH_3).*

Średnie zanieczyszczenie ulic śródmieścia wykazało w 1 kg gleby: *1237,76 mg azotu (0,124% N) 56,05 mg amonjaku (0,00560% NH_3).*



Średnie zanieczyszczenie gleby m. Wilna w poszczególnych punktach.
Słupki polinjowane — zanieczyszczenie azotem — 1 cm odpowiada 204 mg N
Słupki zaczernione — zanieczyszczenie amonj. — 1 cm odpowiada 20 mg NH_3
Liczby: 1 — Hale Miejskie—plac, 2 — Plac przy Sądzie Wojsk. przy ul. Subocz, 3 — Ulice śródmieścia, 4 — Rynki, 5 — Postoje dorożek, 6 — Podwórko przy zauł. Warzaw. Nr. 5, 7 — Bosaki Tyszkiew., 8 — Ulice przedmieścia, 9 — Norma Fodora.

Z pośród ulic na przedmieściach maksymalne zanieczyszczenie azotem wykazuje zauł. Rossa: w 1 kg. gleby — *967,47 mg azotu (0,097% N)*; największe zanieczyszczenie amonjakiem ul. Turgielska—w 1 kg gleby: *47,68 mg amonjaku (0.00477% NH_3)*.

Średnie zanieczyszczenie ulic przedmieścia:

557,35 mg azotu (0,056% N) i 33,02 mg amonjaku (0,0033% NH_3) w 1 kg gleby.

Wyżej podany wykres słupkowy przedstawia średnie zanieczyszczenie gleby placów, rynków i ulic m. Wilna w porównaniu z „normą" Fodora.

Fodor, jak podaje A. Gärtner (3) badał glebę m. Budapesztu i przyjął za czystą z punktu widzenia sanitarnego taką glebę, która zawiera nie więcej, niż *68,6 mgr. azotu w 1 kg. = 0,0068% N i 6,9 mg amonjaku w 1 kg=0,00069% NH_3*; odtąd powszechnie przyjęto liczby te, jako swego rodzaju normy zanieczyszczenia, z któremi porównywa się wyniki badań zanieczyszczenia gleby w osiedlach. Wilno, jak już poprzednio zaznaczyłem ma średnie zanieczyszczenie następujące:

1058 mg azotu na 1 kg gleby = 0,1058% N i
51,12 „ amonjaku „ „ „ = 0,00511% NH_3

Gleba więc Wilna jest naogół zanieczyszczona powyżej tej normy 15 razy azotem i 7 razy amonjakiem.

Z innych miast:

1) Moskwa — badania prof. Lalina [cyt. w-g; G. W. Chłopina (4)] w roku 1894-ym wykazały:

Kitaj-gorod	4390	mg N	= 0,439% N
W okolicy bulwarów (Biełyj gorod)	2350	„ „	= 0,235% „
W okolicy sadów (Ziemlanoj gorod)	1610	„ „	= 0,161% „
„Zamoskworeczje"	780	„ „	= 0,078% „

2) Flügge, jak podaje A. Gärtner (3) pobierał próby przy pracach kanalizacyjnych w Berlinie i Lipsku i znalazł w 1 kg. gleby:

a) w Berlinie	1770	mg azotu	= 0,177% N
b) w Lipsku	2380	„ „	= 0,2380% N

Berlin więc był zanieczyszczony 25 razy, Lipsk 35 razy powyżej normy.

3) Fleck (A. Gärtner) w Dreznie znalazł w 1 kg gleby — 2180 mg azotu, a amonjaku 30—40 mg.

4) W Budapeszcie Fodor przeciętnie znalazł w 1 kg gleby 311 mg azotu, oraz 10 — 17 mg NH_3. Bardzo zanieczyszczona była gleba w próbach, pobranych na dnie głównego kolektora, odprowa-

dzającego ścieki m. Budapesztu, gdzie na 1 kg gleby wypadało: 12360 mg azotu = 1,236% N.

5) Z polskich miast badana była jedynie gleba m. Warszawy, W. Sawczenko (5) znalazł w 1 kg gleby średnio 0,117% N, i 0,0034% NH_3.

Warszawa więc podówczas była co do zawartości azotu zanieczyszczona 17 razy, a co do amonjaku 5 razy powyżej normy. Zestawiając te dane o wyżej wym. miastach widzimy, iż powyżej normy co do zawartości azotu zanieczyszczenie jest następujące:

1. Moskwa (Kitaj-Gorod) 4390 mg. w 1 kg gleby=63 razy powyżej normy
2. Lipsk . . . . . . 2380 „ „ „ =35 „ „ „
3. Drezno . . . . . 2180 „ „ „ =32 „ „ „
4. Berlin . . . . . 1770 „ „ „ =25 „ „ „
5. Warszawa . . . . 1170 „ „ „ =17 „ „ „
6. Wilno . . . . . . 1058 „ „ „ =15 „ „ „
7. Budapeszt . . . . 311 „ „ „ = 5 „ „ „

Oczywiście liczby te, otrzymane w rozmaitych miastach, w różnych latach i przeto w rozmaitych warunkach, są jedynie orjentacyjne, nie możemy ich porównywać. Stwierdzają one jedynie b. silne zanieczyszczenie gleby w miastach większych wogóle i w Wilnie w szczególności, z tem jednak uzupełnieniem, że dane co do Wilna, jako uzyskane w roku 1933 są zupełnie aktualne, dane zaś dotyczące miast innych posiadają znaczenie raczej historyczne, zostały bowiem uzyskane przed 40—50 laty, kiedy te miasta dopiero rozbudowywały swe urządzenia sanitarne, i zaczynały stosować środki i sposoby, zapobiegające tak dużemu zanieczyszczeniu gleby.

Środkami i sposobami temi są, jak wiadomo:

1. Skanalizowanie terenu miasta wraz z racjonalnem zdrenowaniem gruntów odnośnych i odpowiedniem odprowadzeniem wód atmosferycznych.

2. Racjonalne sposoby szybkiego uprzątania odpadków i nieczystości, których z jakichkolwiek względów nie można usuwać zapomocą kanalizacji spławnej.

3. Racjonalne nawierzchnie ulic, rynków, chodników, zapobiegające przedostawaniu się do gleby rozmaitego rodzaju zanieczyszczeń, oraz łatwe do oczyszczenia.

4. Obfite zaopatrzenie miasta w wodę, pozwalające na dokładne zmywanie wszelkiego rodzaju nawierzchni.

Wilno dopiero rozpoczyna ten okres sanitarnego uporządkowywania się. Coprawda już przed wojną światową zostały zapoczątko-

wane roboty kanalizacyjno-wodociągowe, które obecnie stopniowo ogarniają poszczególne dzielnice. Na przeszkodzie poza lokalnemi trudnościami terenu stoi przedewszystkiem brak środków finansowych, który nie pozwala na szybkie opracowanie planów regulacyjnych miasta, i na prędkie urzeczywistnienie marzeń o racjonalnej nawierzchni ulicznej, o wydatnem zaopatrzeniu miasta w wodę, o racjonalnem usuwaniu ścieków i nieczystości, o zabezpieczeniu rzek Wilji i Wilenki od zanieczyszczenia i o szeregu spraw innych, zapewniających Wilnu utrzymywanie czystości gleby, powietrza i wody.

P. Profesorowi D-rowi K. Karaffie-Korbuttowi, Kierownikowi Zakładu Higjeny U.S.B. w Wilnie, składam gorące podziękowanie za poruczenie mi opracowania tematu niniejszego i za kierownictwo.

Poczytuję sobie za miły obowiązek złożenie na tem miejscu podziękowania Kierownikowi Miejskiej Pracowni bad. żywn. i przedm. uż. P. D-rowi Kasperowiczowi i Asystentce Pracowni P. Mg. Kotowiczównie za pomoc i porady udzielane mi podczas przeprowadzania w Pracowni tej badań gleby, a P. Prof. D-rowi A. Safarewiczowi Adjunktowi Zakładu Higjeny U. S. B., za wskazówki przy opracowywaniu wyników badań.

Piśmiennictwo.

1. K. Karaffa-Korbutt. Higjena, kurs uniwersytecki. Wyd. II. Wilno. 1934 r. 2. J. König. Die Untersuchung landwirtschaftlich und gewerblich wichtiger Stoffe. Berlin. 1910. 3. A. Gärtner, Weyl's. Handbuch der Hygiene. 1919. I. Band. Wasser und Boden. 4. G. W. Chłopin. Osnowy gigjeny T. I. 1921. Moskwa. 5. Dr. Sawczenko. Zanieczyszczenie gleby m. Warszawy pod względem sanitarnym. Zdrowie. 1894. Nr. 107,

---

J. ŚLIPIKOWSKI.

La polluttion du sol de la ville de Wilno.

(Résultats d'analyse chimique).

de l'Institut d'Hygiène de l'Université de Wilno.
Directeur: Prof. Dr. *K. Karaffa-Korbutt.*

L'auteur a fait l'analyse de 100 échantillons du sol de la ville de Wilno. Le matériel a été pris de 100 points différents de la ville, à la profondeur de 75 cm. On a fait l'épreuve sur la présence de l'azote et de l'ammoniaque.

La plus grande pollution a été constatée dans le sol du marché, dénommé Rybny Rynek (le marché des poissons). On y a trouvé dans 1 kg du sol 2599 mg d'azote et 99,7 mg d'ammoniaque. La pollution est la plus petite dans le sol de la rue Zaułek Rossa (au faubourg Rossa), où l'on n'a trouvé que 326,6 mg d'azote et 26,8 mg d'ammoniaque. En moyenne, la pollution comporte 1058,8 mg d'azote et 51,1 mg d'ammoniaque dans 1 kg du sol.

Il s'en suit que la pollution du sol de Wilno est 15 fois plus grande que les normes de Fodor, en ce qui concerne l'azote, et 7 fois plus grande, pour l'ammoniaque.

Wilno commence seulement d'arranger ses institutions sanitaires. La service des eaux et la canalisation en sont en train de s'agrandir. La ville ne possède presque pas de rues avec un revêtement moderne et impénétrable; par conséquent, elle ne peut pas appliquer des procédés rationnels de nettoyer les rues et d'evacuer des ordures.

Il n'y a pas non plus d'un plan régulateur de tout le terrain de la ville de Wilno, dont la superficie s'élève jusqu'a 10000 ha. Ce qui ne permet pas d'améliorer cet état des choses dès à présent, c'est avant tout le manque des crédits nécessaires; d'autre part, le terrain présente, lui aussi, des difficultés particulières.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. S. B.
(Kierownik: Prof. Dr. *Wł. Jakowicki*)

Odczyn Biernackiego w położnictwie i ginekologji oraz znaczenie jego w ustalaniu wskazań do operacyj ginekologicznych.

podała
ESFIR MESZELÓWNA.

Zjawisko opadania czerwonych ciałek krwi znane było już w czasach starożytnych. Zauważono, że krew zebrana po upuście, który wówczas był szeroko stosowany, dzieli się w naczyniu na dwie warstwy: górną jasną, pokrytą t. zw. crusta phlogistica, i dolną, stanowiącą czerwony skrzep. Galenus i Hippocrates zrozumieli, a może raczej wyczuli, jakie znaczenie może mieć dla medycyny to zjawisko i usiłowali korzystać z niego w rozpoznaniu i nawet leczeniu różnych chorób. Opierali się ci badacze przedewszystkiem na obserwacji zmian grubości, przezroczystości i kruchości crustae phlogisticae. (Nazwa pochodzi stąd, iż najwybitniejsze zmiany tej górnej warstwy znajdowano w stanach zapalnych).

Upłynął jednak szereg wieków zanim zjawisko to zostało w dostatecznej mierze zbadane i uzasadnione.

W XVIII wieku ukazały się pierwsze próby w tym kierunku i już w $^1/_2$ tego wieku istniały w zarodku wszystkie zasadnicze nowoczesne teorje, dotyczące tej reakcji. W roku 1897 Edmund Biernacki, lekarz warszawski, późniejszy profesor Uniw. Lwowskiego, podał metodę badania szybkości opadana krwinek i wyniki swych badań w różnych schorzeniach. Dlatego też później nazwano ten objaw imieniem Biernackiego (OB). Jednak w końcu w. XIX, w okresie panowania autorytetu naukowego Virchowa, cała hematologja a wraz z nią i problemat sedymentacji krwi poszły w zapomnienie. Dopiero następny zwrot w patologji i rozkwit serologji przyczynił się do ponownego zajęcia się kwestją opadania krwinek. W r. 1917 student szwedzki Fahraeus i niezależnie od niego psychiatra Plaut znów odkryli ten zapomniany objaw. Poglądy Fahraeusa nie zyskały uznania, ponieważ nie sprawdziły się jego przypuszczenia co do decydującej roli OB w rozpoznaniu ciąży pozamacicznej. Nieco później Linzenmeier sprawdził znaczenie tego objawu na materjale klinicznym,

opracował metodę badania i wprowadził ją do ginekologji. Następnie reakcja ta została wypróbowana i opisana prawie we wszystkich gałęziach medycyny. Już Westergren w r. 1924 zebrał prace na ten temat w liczbie 324, zaś Lewkowicz i Kac do r. 1932 jeszcze 1175, nie wyłączając przytem istnienia większej ich liczby.

Podstawową teorję opadania krwinek stworzyła szkoła Hoebersa. Fahraeus, uczeń Hoebersa, stwierdził (1918), że bezpośrednią przyczyną opadania krwinek jest ich właściwość tworzenia skupień i rulonów. Nie jest to prawdziwa aglutynacja, ponieważ po potrząsaniu agregaty rozpadają się, przyczem krwinki nie doznają głębszych uszkodzeń, jednak ma to być zjawisko bardzo do aglutynacji zbliżone i nadal będziemy używali tego określenia dla oznaczenia procesu sedymentacji krwi. Ażeby wytłumaczyć, w jaki sposób powstają te agregaty, Fahraeus przyjmuje, że krew jest zawiesiną krwinek, leukocytów i płytek krwi w osoczu, które jest roztworem koloidalnym białek. Opadanie leukocytów i płytek jest niezależne od opadania krwinek i w danej pracy nas nie interesuje.

Fahraeus opiera się w teorji swej na badaniach z dziedziny chemji koloidalnej, które ustaliły, że cząstki utrzymują się w zawiesinie i nie opadają wskutek jednakowego naładowania elektrycznego i ciągłego wzajemnego odpychania, przez co przezwyciężają siłę ciężkości. Hoebers dowiódł, że krwinki rzeczywiście są ujemnie naładowane. W dalszych badaniach Fahraeus stwierdził, iż we krwi zapalnie zmienionej ładunek elektryczny jest zmniejszony i dlatego powstaje większa tendencja do aglutynacji, a stąd i do szybszego op. krwinek. W surowicy krwi zapalnej powstają więc prawdopodobnie substancje dodatnio naładowane, które adsorbują się na krwinkach i neutralizują ich ładunek ujemny.

Inny uczeń Hoebersa, Linzenmeier, w r. 1920 dowiódł doświadczalnie, że dodanie ciał adsorbujących do krwi o przyśpieszonym op. krw. powoduje związanie tych neutralizujących ciał elektrododatnich, wskutek czego op. krw. znów wraca do normy. Za to ciało neutralizujące uważa Linzenmeier fibrinogen, ponieważ zwiększenie jego ilości we krwi powoduje stale przyśpieszenie, zaś defibrinizacja— zwolnienie op. krwinek. Trzeci uczeń Hoebersa—Kanai — w r. 1921 stwierdził, że, jak przypuszczał Fahraeus, nietylko fibrinogen, ale i cała globulinowa frakcja białek ma ten wpływ neutralizujący.

Jednak są jeszcze pewne wątpliwości co do wpływu białek na OB. Np. doświadczalne przesunięcie frakcyj białkowych przez dodanie aminokwasów niezawsze powoduje odpowiednie zmiany OB (Nitschke),

przytem szereg autorów nie stwierdzał wogóle wybitnej roli fibrinogenu w procesie opadania krwinek. (Knowlton i Kelly, Balunkiewiczowa). Inni badacze zwrócili uwagę, że na ładunek elektryczny krwinek również duży wpływ oprócz białek mają cholesteryna i lecytyna, znajdujące się na powierzchni krwinek i w osoczu (Gulbe, Brinkman, Wastl, Kuerten). Cholesteryna neutralizuje ładunki ujemne, zaś lecytyna dodatnie. W ciąży np. stwierdza się przyśpieszenie OB, przyczem ilość cholesteryny we krwi jest zwiększona. Doświadczalnie wywoływano zwolnienie OB po ekstrahowaniu lipoidów z krwinek i przyśpieszenie op. krw. po ponownem dodaniu tego wyciągu. Jednak zmiany ilości lipoidów we krwi niezawsze idą równolegle do przyśpieszenia OB i niebrak w piśmiennictwie głosów sceptycznie odnoszących się do przypisywania dużej roli lipoidom w procesie op. krw. (Pinnes, Loehr, Widems).

Maro Garcia uważa, że potwierdzeniem teorji elektrofizykalnej jest fakt, że po zadziałaniu promieniami radu na krwinki OB zwalnia się, zaś po naświetlaniu promieniami ultrafioletowemi przyśpiesza się ich opadanie. Wpływ ten nie występuje po zadziałaniu tych promieni tylko na osocze. Autor tłumaczy to zjawisko odpowiednią zmianą ładunku ujemnego krwinek. To samo potwierdza Skrop, który przez dodanie barwików ujemnie naładowanych (np. czerwień fiolet.) wywoływał zwolnienie OB, zaś barwiki dodatnio naładowane przyśpieszały ten proces (zieleń malachitowa).

Są jednak pewne luki w teorji elektrofizykalnej aglutynacji. Już Linzenmeier w r. 1920 podkreślił, że niektóre substancje jak np. guma i krochmal powodują szybszą aglutynację krwinek i stąd przyśpieszenie ich opadania, mimo, iż zostaje tu niezmieniony ładunek elektryczny krwinek. Możliwe, że gra tu rolę tylko lepkość tych substancyj. Wątpliwości Linzenmeiera co do przyczyny wpływu wody destylowanej na OB wyjaśnia Sachs w ten sposób, że woda destylowana powoduje zmiany dyspersji cząstek globulinowych, a stąd zmianę OB. Poza tem stwierdzono jednak, że ogrzewanie, poziome ułożenie rurki oraz zmiana jej szerokości i inne warunki doświadczenia również wpływają na reakcję op. krw. Objaśnienie więc aglutynacji krwinek tylko z punktu widzenia teorji elektrofizykalnej nie jest wystarczające.

Berceller i Stancer (1917) oparli swoją teorję na badaniach fizykochemicznych. Za czynnik bardzo ważny op. krw. uważają oni zwiększenie się napięcia powierzchniowego surowicy krwi. Na aglutynację krwinek wpływa poza tem stan koloidalny ciał białkowych we krwi. Im grubsze i większe są cząstki koloidalne białka, im dys-

persja ich jest mniejsza, tem większa powstaje tendencja do ich zlepiania się i tworzenia agregatu. Tendencja ta wskutek adsorbji tych ciał na powierzchni krwinek udziela się również i tym ostatnim, co prowadzi do przyśpieszenia OB. Globulina, majaca duże cząsteczki koloidalne, jest właśnie tem ciałem białkowem, zawartem w surowicy krwi, które wywołuje przyśpieszenie op. krw. Sachs i Oettinger zwracają poza tem uwagę, iż rolę tu grają nietylko ilościowe, ale i jakościowe zmiany globuliny, które zachodzą np. w stanie zapalnym, w kile i t. d, ponieważ ta sama globulina pod wpływem czynników chorobowych może zmieniać swoją dyspersję. Znaczenie ma również i rodzaj globuliny, a mianowicie firbrinogen ma największy wpływ, zkolei ma go pseudoglobulina, najsłabszy zaś globulina.

Poza tem, oprócz tych 2-ch teoryj (elektrofizykalnej i koloidalno-chemicznej) istnieje trzecia teorja — Leja, który uzależnia op. krw. przedewszystkiem od lepkości krwi. Autor ten wykazał, że lepkość ciał białkowych jest odwrotnie proporcjonalną do ich naładowania, dlatego fibrinogen i globulina mają dużą lepkość, zaś albumina nieznaczną.

Syntezę tych 3-ch teoryj stworzył Hoebers, który twierdzi, że bezpośrednią przyczyną przyśpieszenia OB jest zwiększona ilość globuliny oraz jej zmiany jakościowe we krwi. Globulina bowiem adsorbuje się na powierzchni krwinek i powoduje przyśpieszenie ich opadania wskutek tego, że: 1) neutralizuje ładunek elektryczny krwinek, 2) jako ciało białkowe o dużych cząsteczkach koloidalnych zmniejsza dyspersję tych ciał w osoczu, a więc zwiększa tendencję ich (a przez to i krwinek) do szybszej aglutynacji, 3) zwiększa lepkość osocza krwi i ciał białkowych w niem zawartych, a więc zwiększa i lepkość powierzchni krwinek.

Są też inne próby tłumaczenia przyczyny op. krw. Np. Georgopoulos upatruje ją w zwiększonej krzepliwości krwi, dlatego że wstrzykiwanie świnkom morskim $CaCl_2$ powoduje u nich przyśpieszenie OB. Jednak wiadome jest, że np. w chorobie Basedowa krzepliwość krwi jest zmniejszona, zaś opadanie krwinek często przyśpieszone. Wnioski te więc nie są jeszcze pewne. Zwracano poza tem uwagę na wpływ ph krwi oraz zawartości gazów i soli we krwi na OB. Tak np. sztuczne zakwaszenie krwi przez podawanie NH_4Cl prowadzi do przyśpieszenia, zaś zalkalizowanie przez $NaHCO_3$ do zwolnienia OB, mimo że w tym ostatnim wypadku następuje rozcieńczenie i defibrinizacja krwi (Modrakowski, Lenz).

Wielkość krwinek i ich cięż. gat. mają nieznaczny wpływ na OB

i to tylko wobec wybitnie zmniejszonej ilości hemoglobiny (Bendien, Snapper). Co do znaczenia liczby krwinek, wzmiankuje już o tem Fahraeus, poza tem piszą o tem Drastich, Geiger, Clauser, Pribram i wielu innych. Schaefer w specjalnej pracy stara się udowodnić, iż nieuwzględnienie liczby erytrocytów jest źródłem błędów i rozczarowań w ocenie OB, ponieważ zmiana liczby krwinek, szczególnie wobec dużej ich ilości, wybitnie wpływa na OB (zmniejszenie il. erytrocytów przyśpiesza OB). Autor przedstawia zależność OB od liczby krwinek w postaci krzywej podobnej do paraboli. Często jednak przecenia się znaczenie tego czynnika, z drugiej natomiast strony są autorowie, którzy wcale nie uznają wpływu liczby erytrocytów na szybkość ich opadania. Do takich negatywnych wniosków dochodzi np. Voegel w pracy swej, opartej na 847 przypadkach, którą podaje specjalnie jako odpowiedź Schaeferowi. Co do wpływu ilości HB na szybkość op. krw. zdania są też podzielone. Wuerzbuerger podaje, że wobec wartości Hb mniejszej od 22% wyniki badania OB już nie są miarodajne. Gram twierdzi, iż OB przebiega proporcjonalnie do kwadratu rozcieńczenia krwi. Ponieważ liczba erytrocytów zmienia się mniejwięcej równolegle do ilości HB, więc autor wykreśla krzywe, według których można obliczyć wartość OB, jaka odpowiadałaby danemu przypadkowi, gdy wartość HB sprowadzić do 100.

Reasumując więc powyższe, trzeba przyjąć, że najważniejszemi czynnikami, wpływającemi na OB, są: ładunek elektryczny, wielkość i liczba krwinek oraz liczne właściwości osocza krwi, (stosunek wzajemny i stan koloidalny białek w niem zawartych, ilość i rodzaj lipoidów, poza tem lepkość, napięcie powierzchniowe, krzepliwość, pH krwi oraz zawartość gazów i soli). Możliwe, że wpływ na te czynniki wydzielania wewnętrznego tłumaczy fakt, że u kastrowanych świnek stale znajdowano przyśpieszenie OB (Wastl). Całokształt więc procesu op. krw. nie jest jeszcze wszechstronnie i wyczerpująco wyjaśniony i wymaga dalszych badań.

Doświadczalnie stwierdzono, że przyśpieszenie OB powstaje zwykle po pozajelitowem wprowadzeniu białka do ustroju albo wskutek wchłaniania produktów rozpadu białka tkankowego, powstałych pod wpływem działania drobnoustrojów, toksyn, podwyższonej ciepłoty i innych czynników. Linzenmeier uważa, iż właściwie zmiany we krwi (dotyczące stanu koloidalnochemicznego osocza i t. d.) zależą prawdopodobnie od działania pewnych niezbadanych jeszcze zaczynów.

Co do techniki badania OB istnieją dwie zasadnicze metody, a mianowicie Linzenmeiera, gdzie się oblicza czas, w jakim krwinki opa-

dają o 18 mm, oraz metoda Westergrena, oparta na tej samej zasadzie, co i Fahraeusa, który określa w mm drogę, jaką przebywają opadające krwinki w pewnym czasie.

Metoda Linzenmeiera jest w ginekologji więcej rozpowszechniona. Polega ona na tem, że do strzykawki wciąga się 0.5 cm^3 5-cioprocentowego natrii citrici, nakłuwa się po krótkotrwałym uprzednim zastoju żyłę łokciową i pobiera się krew do 1 cm^3, poczem szybko przelewa się całą zawartość strzykawki do próbówki Linzenmeiera. Długość probówki równa się 6.5 cm^3, szerokość 5 mm. Górna kreska odpowiada pojemności 1 cm^3 wody, zaś dolna jest umieszczona o 18 cm niżej. Po pobraniu krwi notuje się czas, w którym górna warstwa erytrocytów opadnie od górnej do dolnej kreski (18 mm.). W czasie przejścia drogi 18 mm opadanie krwinek staje się mniejwięcej jednostajne i daje jakby średnią wartość opadania. Według podziału Rothe jest to okres właściwy aglutynacji krwinek.

Metoda Westergrena. Krew rozcieńcza się w strzykawce z 3.8% natrii citrici w stosunku 1 : 5, następnie wylewa się do probówki, wstrząsa się i wciąga się do pipety do 200 mm. (Pipeta ma 300 mm długości i 2.5 mm szerokości). Pipety te ustawiamy następnie ściśle prostopadle w odpowiedniej podstawce między stalowemi płytkami i obserwujemy, o ile mm opadną krwinki po 1, 2-ch i 24-ch godz:, przyczem najważniejszy jest wynik, odczytany po 24 godz. Linzenmeier dlatego przedewszystkiem zaleca swoją metodę, ponieważ wobec szybszego opadania krw. daje ona ściślejsze wyniki, niż metoda Westergrena, która wykazuje wtedy wartości zbyt małe. Dużą zaletą jednak tej ostatniej metody jest ta okoliczność, iż wymagana jest wtedy obserwacja tylko w ściśle określonym czasie. Istnieją krzywe dla porównywania wyników badania według tych 2-ch metod (Pfaff, Wellner), zaś Westergren nawet podał tabliczkę ułożoną w tym celu. Niektórzy autorowie (Schaefer i inni) proponują oznaczać OB nie liczbowo w mm lub min, lecz według stopnia przyśpieszenia, przyczem można odróżniać 3 stopnie (Linzenmeier) lub 4 (Goetzke, Cukor). Ułatwionoby w ten sposób ogólne porozumienie się badaczy bez uwzględniania stosowanej przez nich metody. Sposób ten, aczkolwiek bardzo racjonalny, nie został jednak dotychczas ogólnie przyjęty.

Istnieje poza tem dużo modyfikacyj powyższych metod (Bogason, Kriele, Lewicki, Lottrup, Nathan, Plass, Wylie). Próbowano też dla szybszej orjentacji sztucznie przyśpieszać reakcję OB przez dodawanie gumy arabskiej lub wirowanie krwi. Ostatnio używa się w tym

celu skośnego ustawiania próbek (Linzenmeier, Redecourt, Lundgren, Maia). Sposób ten daje wyniki nieco mniej ścisłe, niż przy zwykłem badaniu, ale udostępnia ambulatoryjne stosowanie jego.

Bardzo często poza tem używa się mikrometody (m. inn. również i na naszej klinice). Linzenmeier używa do tego rurki o średnicy 1 mm; natomiast wysokość słupa krwi, rozcieńczenie z natr. citric. i droga, jaką mają przebyć opadające krwinki (18 mm) są takie same jak i w oryginalnej metodzie tego autora. Niektórzy zazucają, że metoda ta jest mniej ścisła i trudniejsza technicznie i nie usuwa niedokładności zwykłej metody. Jednak szereg autorów poleca własne lub cudze mikrometody (Ackerman, Burger, Hirschfeld, Hoecker, Kowarski, Krever, Ran, Wallgren, Panczenkow i inni). Rollin wskazuje, że w metodzie Kowarskiego niewspółmierności między makro i mikrometodą niema, Renaut zaś twierdzi, iż większe różnice między temi metodami powstają tylko wtedy, gdy zachodzą pomyłki techniczne.

Najczęstszem źródłem błędów, jak podaje Leffkowicz, są zwykle: 1) zbyt długotrwała zastoina przed pobraniem krwi, 2) silne wstrząsanie próbówki z krwią, 3) niedokładne wysuszenie próbówki, (pozostawienie nieznacznej nawet ilości alkoholu powoduje już przyśpieszenie OB), poza tem 4) nieściśle odmierzony słup krwi i 5) wahania temperatury.

Sposoby przedstawiania wyników badania OB są też rozmaite. Nieraz wykreśla się krzywe, opierając się na danych, otrzymanych na podstawie kilkakrotnego badania OB u każdego chorego. Eufinger np. bada opadanie krw. co 15 m. w ciągu 1.5 godz., wykreśla z 6 punktów krzywą i analizuje, w jakim czasie zostaje osiągnięty najwyższy jej punkt oraz jaki kąt tworzą ramiona jej wierzchołka. Mandelstamm i Gidalewicz otrzymują w ten sposób t. zw. „krzywe standarowe" dla każdego rodzaju schorzenia. Porównując więc krzywe ze standardowemi, można wnioskować o stopniu schorzenia i o prognozie w danym przypadku.

Istnieją również próby badania OB w związku z innemi reakcjami lub objawami klinicznemi. Tak np. kamera Kriela wskazuje ilość erytrocytów leukocytów, trombocytów i opadanie krwinek. Klein stwierdza równolegle ilość leukocytów i przyśpieszenie OB w nasileniu procesów zapalnych. Cin uważa, że zawartość komplementu surowicy jest odwrotnie proporcjonalną do OB. Między grupami krwi a szybkością op. krw. nie stwierdzono żadnego związku (Bay, Schmith, Gullach .

Mandelstamm twierdzi, że niema wyraźnej zależności między OB

a obrazem krwi, natomiast v. Varga przychodzi do wniosku, że ilość obojętnochłonnych leukocytów jest wprost, zaś monocytów odwrotnie proporcjonalna do szybkości op. krw. J. Chaskin porównywa OB z badaniem prądu kapilarnego i stwierdza, że reakcja op. krw. jest więcej opracowana i dlatego bardziej miarodajna.

Normologja. Badania Maia Portugalczyków zaś Sukurai i Saheki Japończyków i Korejczyków stwierdzają, że OB u różnych ras przebiega prawdopodobnie jednakowo. Jednak u zupełnie zdrowych Eskimosów OB jest stale przyśpieszony (Bay, Schmith) a nawet według Vorschuetza OB u rozmaitych ras jest zawsze różny. Szybszy OB u kobiet Gram objaśnia różnicą w liczbie erytrocytów. Zależy to może również od niejednakowej zawartości włóknika we krwi u płci obojga (Leffkowicz). Krew pępowinowa opada zwykle bardzo powoli (ponad 24 godz.), u dzieci zaś OB dochodzi do normy mniejwięcej w okresie pokwitania. Burkardt uważa, że od 40 roku życia OB zwiększa się (potwierdza to Reicherówna) prawdopodobnie wskutek fizjologicznego nasilenia się procesów wstecznych w ustroju. Większość autorów zaznacza, że miesiączka daje nieznaczne przyśpieszenie lub wcale nie wpływa na OB (Grosheimer) lub tylko wtedy zmienia się jego wartość, gdy infekcja z niższych odcinków dróg rodnych przedostaje się podczas miesiączki wyżej (Wuerzburger). Ciąża dopiero po 4-tym miesiącu (Linzenmeier, Popowa), zwłaszcza po 5 m. (Molnar) wyraźnie przyśpiesza op. krw., szczególnie jeśli przytem są obrzęki (Fahraeus) lub dodatni odczyn Wassermana (Molnar). W połogu OB dochodzi do normy mniejwięcej w ciągu 8 dni, czasem zaś po 24 mies. (Fahraeus). Wahania dobowe są stosunkowo nieznaczne, możliwie grają tu rolę wpływy atmosferyczne (Ferrio). Przyjęcie pokarmu w pewnym stopniu przyśpiesza OB (Mandelstamm, Buecher), długotrwałe zaś odżywianie się mięsem podobno powoduje zwolnienie op. krw. (Bay, Schmith). Wpływ pożywienia niezawsze jednak się zaznacza. Podwyższona temperatura otoczenia przyśpiesza OB. W t^0 37^0 OB jest najszybszy, w O^0 opadanie kr. ustaje zupełnie, zaś optimum stanowi 17 — 20^0 (Linzenmeier). Znaczny wysiłek fizyczny zwykle przyśpiesza OB (Rozenblum).

Za normę szybkości op. kw. u kobiet szereg autorów uważa liczby w granicach 200 — 350 min. (Linzenmeier, Molnar, Rumpt, Haselhorst, Schumacher, Vogel, Frommolt, Wachholz, Friedlaender, Neumann i inni). Ostendorf i Smiley podają granice nieco wyższe, mianowicie 300 — 360 min., Silzer stwierdza u zupełnie zdrowych kobiet OB między 120—2880, zaś Stemmler za normę przyjmuje OB

w granicach 100 — 450 min. Opierając się więc na powyższem możemy ustalić, że za normalną należy uważać wartość OB, większą od 180 min., przyczem trzeba uwzględnić poprawkę Gragerta, który twierdzi, że OB między 2 a 3 godzinami musimy zaliczyć do wartości granicznych, (Westergen w/g swego sposobu oznaczania podaje 3—7 12 mm na godz. jako normę).

Jako normę u mężczyzn Stemmler podaje OB w granicach 200 — 560 min., Ostendorf 360 — 540 min, Linzenmeier 600 min., zaś Izakson 403 do 1100 min.

Znaczenie kliniczne reakcji op. krw. jest różnorakie. Jest to przedewszystkiem index morbi et sanitatis w stanach zapalnych, poza tem często służy do celów djagnostycznych, i prognostycznych oraz do kontroli w leczeniu zachowawczem spraw zapalnych. Największe zastosowanie znalazła reakcja op. krw. w ginekologji, poczęści może dlatego, że Fahraeus i Linzenmeier już wcześnie wprowadzili ją do tego działu medycyny. Jednak poważną przeszkodą do należytego wykorzystania tego objawu stanowi jego niespecyficzność oraz tak duża wrażliwość, że prawie każde, nieznaczne nawet lub ukryte schorzenie, może powodować zmiany w szybkości op. krw.

Tutaj tylko krótko możemy wymienić, w jakich schorzeniach nieginekologicznych najczęściej spotykamy zmiany OB. A więc zaburzenia krążenia krwi w niewydolności serca zwalniają OB wskutek nagromadzenia się CO_2. we krwi (Kylin, Bélikow), zaś napady dychawicy oskszelowej powodują usilne przewietrzanie płuc, zmniejszenie CO_2 we krwi, a stąd przyśpieszenie OB. Niedokrwistość przyśpiesza OB, choroby przewodu pokarmowego, nerek i wątroby różnie wpływają na szybkość op. krw., zależnie od postaci chorobowej. Żółtaczka zwykle przyśpiesza OB (R e i c h e r ó w n a). Zapalenie miedniczek nerkowych, choroby zakaźne najczęściej przyśpieszają, natomiast odra, błonica i niektóre inne nie zmieniają OB. Gruźlica płuc, szczególnie t. b. c. cavernosa wyraźnie przyśpieszają op. krw., jednak na początku tej choroby, a także z przyczyn jeszcze niewyjaśnionych w okresie jej końcowym OB zwykle nie wykazuje odchyleń od normy. Zależności przyśpieszenia OB od temp. w tbc pulmonum nie stwierdzono (R e i c h e r ó w n a). Cukrzyca i choroba Basedowa mają dawać zarówno wartości normalne, jak przyśpieszenie lub zwolnienie OB. Choroby skórne najczęściej mało wpływają, jednak wrzody odleżynowe lub wrzody podudzia przyśpieszają OB. Kiła wrodzona daje przyśpieszenie op. krw. we krwi pępowinowej, w kile nabytej OB niezawsze jest zmieniony. Z chorób, należących do dziedziny chirurgji, przyśpie-

szają OB przedewszystkiem te, w których dominuje stan zapalny, a więc appendicitis, cholecystitis i t. d.; złamanie kości i operacja (nawet aseptyczna) przyśpieszają OB. Niektóre stany chorobowe psychiczne i nerwowe, jak np. schizophrenia, ciężkie postaci paraliżu przyśpieszają OB, natomiast np. padaczka podobno zwalnia OB.

Obecnie szczegółowo rozpatrzymy wartości liczbowe oraz znaczenie kliniczne OB w różnych schorzeniach ginekologicznych.

Domeną zastosowania reakcji op. krw. są przedewszystkiem stany zapalne, więc nic dziwnego, że już nieraz stwierdzono wybitne jej znaczenie również i w zapaleniach narządu rodnego kobiety (Linzenmeier, Haselhorst, Geppert, Hildebrandt, Becker, Ruedenhof, Mansfelt, Falta, Rumpt i inni) w przypadkach tych OB jest czułym miernikiem rozległości i nasilenia procesu zapalnego, niektórzy zaś autorowie (Haselhorst, Chanin-Gajduk i inni) uważają objaw ten za bardziej miarodajny pod tym względem, niż stan ciepłoty, tętna i leukocytozy. Chanin-Gajduk stwierdza, że największe przyśpieszenie OB dają poronienia septyczne, następnie stany zapalne przydatków i przymacicza, wreszcie zapalenie otrzewnej. Wobec powolnego op. krw. Geppert prawie z pewnością wyłącza istnienie ostrego stanu zapalnego, zaś Linzenmeier wyciąga stąd wniosek, że OB, stwierdzając prawdopodobną jałowość przyszłego pola operacyjnego, jest więcej miarodajny dla ustalenia terminu operacyjnego, niż jakieś szablonowe dla wszystkich określenie czasu. Podobne zdanie wypowiadają również Baer, Wuerzburger, Bychowska i inni. Niektórzy jednak nie uznają OB za odpowiednią miarę dla określenia momentu operacji (Benischek, Macias de Torres), ponieważ według ich mniemania OB pozostaje przyśpieszony jeszcze wtedy, gdy ustrój jest już prawdopodobnie zdolny do obrony. W rozpoznawaniu różniczkowem spraw zapalnych OB również bywa pomocny: tak np. Iwanow stosował nieraz z dobrym wynikiem reakcję op. krw. z uwzględnieniem temperatury i stanu miejscowego dla rozpoznania różniczkowego między guzem przydatków zapalnym a niezapalnym. Ostendorf oraz Joseph uważają, że zapalenie wyrostka robaczkowego można często odróżnić od zapalenia przydatków na tej podstawie, że to pierwsze schorzenie daje szybko objawy kliniczne wobec słabo wyrażonych jeszcze zmian anatomicznych i przyśpieszenie OB występuje dopiero po 30 — 36 godz., natomiast w zapaleniu przydatków zmiany anatomiczne przygotowują się bardziej stopniowo i wtedy, gdy występują już kliniczne objawy choroby, zaznacza się prawie jednocześnie i przyśpieszenie OB.

Poza tem niektórzy posługują się OB dla odróżnienia spraw ropnych, dających zwykle wybitne przyśpieszenie OB, od innych spraw zapalnych w jamie brzusznej. Linzenmeier zaznacza przytem, że wobec ognisk ropnych otorbionych, wchłanianie produktów rozpadu białka czasem może być o tyle utrudnione, że ta sprawa chorobowa bardzo mało wpływa na szybkość op. krw. W materjale zebranym na naszej klinice (16 wypadków pyosalpinx i pyoovarium) wartości OB wahają się w szerokich granicach 20—225 minut, czyli rzeczywiście rozpoznawania tego schorzenia nie ułatwiają. O znaczeniu OB w odróżnianiu ostrych zapaleń przydatków od ciąży pozamacicznej będzie mowa niżej.

Obecnie OB jest również wykorzystywane i dla kontroli biologicznej leczenia zachowawczego. Stwierdono bowiem, że reakcja ta idzie równolegle do nasilenia się sprawy zapalnej. A więc Cukor twierdzi, że wobec OB równego 1 — 2 godz. należy ostrożnie przeprowadzać balneoterapję, zaś przy OB równym 2—3 i więcej godz.: można zastosować energiczne leczenie. Natomiast trzeba podać operacji chorego tylko wtedy, gdy leczenie zachowawcze nie zmniejsza ani OB ani objawów podmiotowych. Jednak i w tej kwestji niema jednomyślności, więc np. Grósz tej roli reakcji op. krw. nie uznaje, poza tem objaw ten stosuje stę dla sprawdzania okresu pooperacyjnego w celu wyłączenia powikłań.

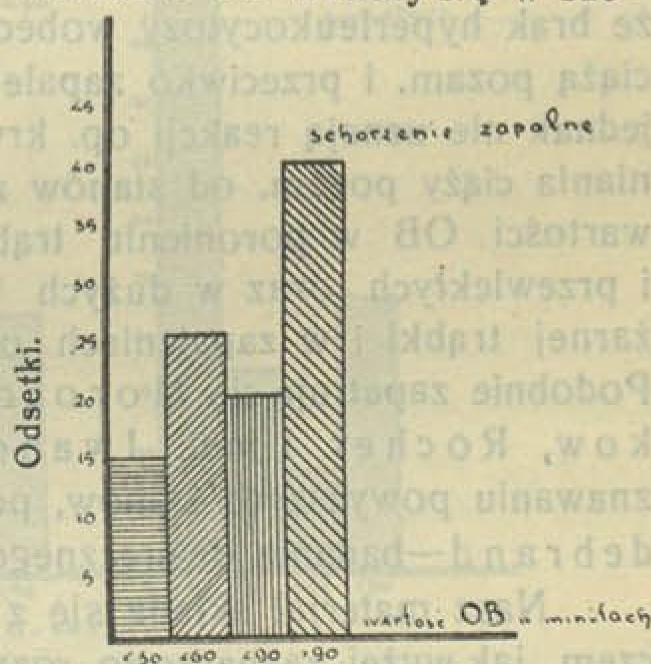
Co się tyczy wartości liczbowych OB, charakterystycznych dla stanów zapalnych, Linzenmeier podaje następujące:

dla stanu ostrego OB mniejsz. od 30 m., pod. mniejsz. 60 m. chron. więk. 60 m.
To samo stwierdzają
Johnson i Harold
Izakson podaje „ „ „ 32 „ „ „ 92 „ „ „ 200 „
Morozowa i Gracjański „ „ „ 29 „ „ „ 72 „ „ „ 240 „
zaś Iwanow „ „ „ 15 „ „ „ 50-80 „ „ „ 90-250 „

Wartości te, chociaż podane przez różnych autorów, znajdują się mniejwięcej w jednakowych granicach i są zbliżone do tych, jakie wymienia Linzenmeier. W schorzeniach gruźliczych narządu rodnego Macias de Torres nigdy nie znajdował wartości norm. OB. Wahały się one w granicach 30 — 100 min., Ostendorf podaje granice od 25 — 40 min.; Frommolt i Motillof mniejsze od 30 m., zaś Silzer podkreśla, że w okresie początkowym tego schorzenia OB nie ulega zmianom, przyśpieszenie zaś op. krw. krw. występuje później dopiero. W naszym materjale 7 przypadków schorzeń tego rodzaju wykazały OB w granicach 15 — 130 min. (średn. wart. 81,4 min). Z wyżej podanych liczb wynika więc, że gruźlicze schorzenia narządu rodnego dają zwykle OB, odpowiadający war-

tościom ostrego lub podostrego okresu zapalenia. W rzeżączce OB jest zawsze przyśpieszony, szczególne znaczenie prognostyczne ma ten objaw w rzeżączce wstępującej, natomiast stany porzeżączkowe na OB nie wpływają (G r e j b o).

Co się tyczy materjału zebranego na naszej klinice, trzeba zaznaczyć, że wszystkie przypadki przytaczane w niniejszej pracy dotyczą chorych, które zostały poddane zabiegowi operacyjnemu drogą jamy brz. Wynika z tego z jednej strony jak najdalej posunięte prawdopodobieństwo prawidłowego rozpoznania, z drugiej natomiast ograniczenie materjału do takich przypadków, które wymagały operacji brusznej. Stąd też wśród podanych poniżej schorzeń zapalnych nie znajdujemy prawie zupełnie przypadków ostrych, lecz tylko przewlekłe, ewent. podostre w okresie zmniejszonego nasilenia się objawów chorobowych. Ogółem przypadków schorzeń zapalnych giniekologicznych mieliśmy 135, przyczem wartości OB wahały się w szerokich granicach 10—535 min. Wykres poniższy ilustruje, ile przypadków schorzeń zapalnych można było odnieść do poszczególnych rubryk, oznaczających większą lub mniejszą wartość OB. A więc 14,8% przypadków zapaleń nieostrych wykazało OB mniejsze od 30 m. Nie zgadza się to z wynikami L i n z e n m e i e r a i innych autorów, według których nawet w stanach podostrych, a tembardziej w przewlekłych OB zawsze ma być większy od 30 m.



Tablica Nr. 1

Przechodząc dalej do działu ciąży pozamacicznej, musimy ustalić przedewszystkiem, jakie znaczenie może mieć OB w rozpoznawaniu różniczkowem między tym stanem a zapaleniem przydatków. Większość autorów zgodnie podaje, że w znacznych krwotokach spowodu nagłego przerwania ciąży pozamacicznej występuje wybitne przyśpieszenie op. krw. Objaw ten jednak nie jest do rozpoznania potrzebny wobec bardzo wyraźnego obrazu klinicznego, natomiast co do ciąży pozamac. niepowikłanej lub w powolnem powstawaniu krwiaka pozamacicznego zdania są podzielone. L i n z e n m e i e r uważa, że w przypadkach tych OB zwykle nie jest przyśpieszony, przyczem wartości jego wahają się w granicach od 40 — 100 min., co odróżnia ten stan

właśnie od ostrych zapaleń (OB mniejsze od 30 m.). Podobne zdanie wypowiada Wuerzburger, który jako charakterystyczne w tych przypadkach wartości dla OB podaje 50—90. Silzer twierdzi, iż OB mniejszy od 50 m. przemawia za obecnością stanu zapalnego, jeżeli niema przytem niedokrewności i odpowiedniej dla ciąży pozamac. anamnezy; natomiast Ostendorf podkreśla, że dla rozpoznania ciąży pozamac. ważne jest nietyle powolny OB, ile rozbieżność pomiędzy mało zmienionym OB a ostremi objawami klinicznemi. Cardaus zwraca uwagę, że bezpośrednio po pęknięciu trąbki wartość OB jest mniejwięcej normalna, ale zwiększa się coraz bardziej dopiero później i to odróżnia właśnie ten stan od ostrych zapaleń, przebiegających odrazu ze znacznie przyśpieszonym OB. To samo stwierdza Neuman w odniesieniu do poronienia trąbkowego, które daje przyśpieszenie OB dopiero wtedy, gdy trwa tygodnie. Gragert bada równocześnie z OB także i leukocytozę i dochodzi do przekonania, że brak hyperleukocytozy wobec przyśpieszonego OB przemawia za ciążą pozam. i przeciwko zapaleniu przydatków. Niektórzy autorowie jednak nie uznają reakcji op. krw. za objaw miarodajny dla odróżniania ciąży pozam. od stanów zapalnych. Neuman np. twierdzi, iż wartości OB w poronieniu trąbkowem i w zapaleniach podostrych i przewlekłych oraz w dużych krwotokach z powodu pęknięcia ciężarnej trąbki i w zapaleniach ostrych są bardzo do siebie zbliżone. Podobnie zapatrują się Morozowa i Gracjański, Krupiennikow, Rocher i inni. Iwanow, negując znaczenie OB w rozpoznawaniu powyższych stanów, podkreśla rolę obrazu krwi, zaś Hildebrand—badania dwuręcznego i nakłucia zatoki Douglasa.

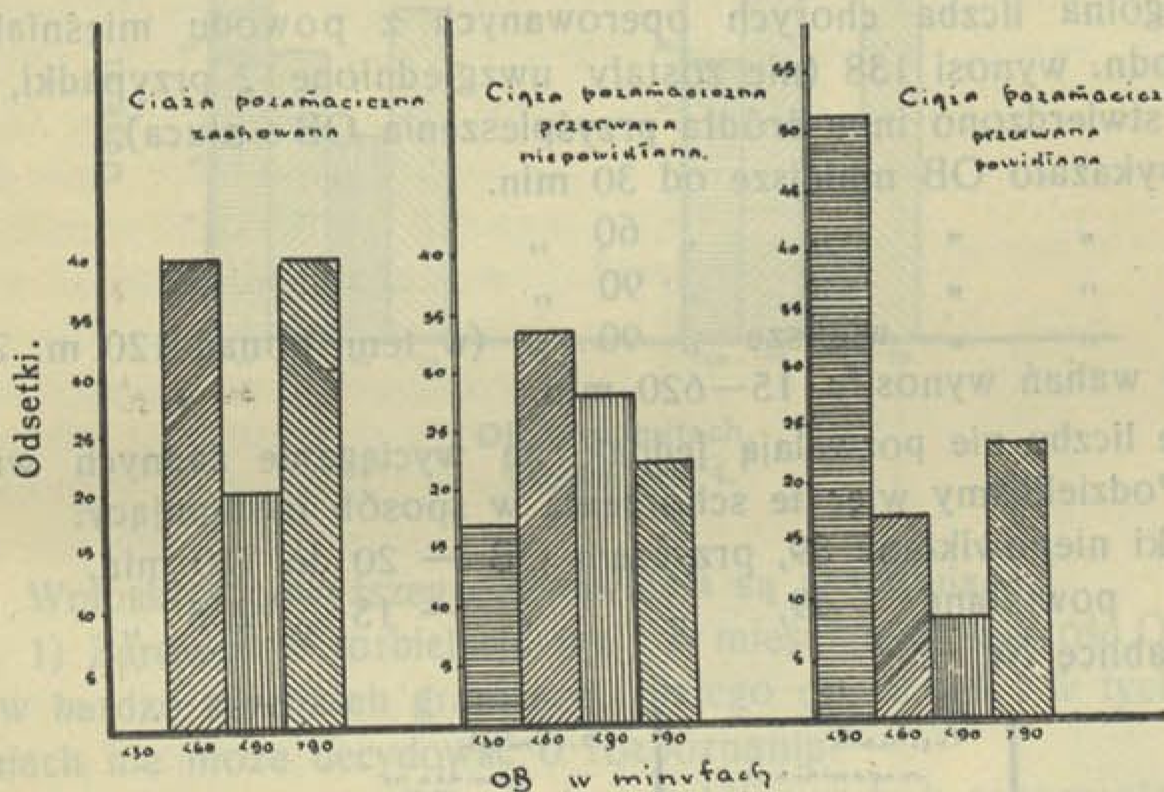
Nasz materjał składa się z 58 przypadków ciąży pozam., przyczem, jak wyżej zaznaczono, rozpoznanie zostało we wszystkich przypadkach potwierdzone na stole operacyjnym (1 przyp. z gruźlicą płuc nie jest uwzględniony). Z ogólnej liczby przypadków operowanych z powodu c. pozam.

36 % OB był mniejszy od 30 min.
24 % „ „ „ „ 60 „
15 % „ „ „ „ 90 „
24 % „ „ większy „ 90 „

Wartość największa OB wynosiła 600 min., najmniejsza zaś 5 m.

Z powyższego wynika, że niema ściśle określonych wartości OB dla ciąży pozamac., któreby mogły decydować w rozpoznaniu tego stanu.

Analizujęc niżej podany wykres (2), przychodzimy do wniosku, że c. pozam. zachowana daje stosunkowo nieznaczne przyśpieszenie OB (brak zupełny grupy z OB mniejszym od 30 min.), wartości zaś OB wahają się w granicach 35—600 min. C. pozam. przerwana, ale niepowikłana zapaleniem lub silnym krwotokiem, wykazuje już większą procentowość w grupach ze zwiększonem OB, gdy zaś dołączają się powikłania — OB w 50% przypadków jest mniejszy od 30 min. A więc znaczne przyśpieszenie op. krw. w ciąży pozam. zależy przedewszystkiem od krwotoków i wtórnych stanów zapalnych. Wniosek ten jest zgodny z wynikami Motiloffa, który stwierdza, iż znaczniejsze przyśpieszenie OB w c. pozam. przerwanej wskazuje już na powikłania zapalne.



Tablica Nr. 2

W nowotworach dobrotliwych narządu rodnego kobiety przyśpieszenie OB występuje tylko wobec powikłania niedokrwistością, wtórnem zapaleniem przydatków, lub gdy nowotwory te ulegają zwyrodnieniu, zropieniu czy też martwicy, w skręcie szypuły i t.d. (Linzenmeier, Jackson, Frommolt, Izakson, Chanin-Gajduk, Klein, Smilley, Hellerówna, Rocher, Lewkowicz i inni). Poszczególni autorowie zwracają uwagę na znaczenie, tych lub innych powikłań, lecz wszyscy zgodnie podkreślają, że mięśniaki i torbielaki niepowikłane dają normalny OB. Linzenmeier wyciąga stąd wniosek, że przyśpieszony OB pogarsza rokowanie po-

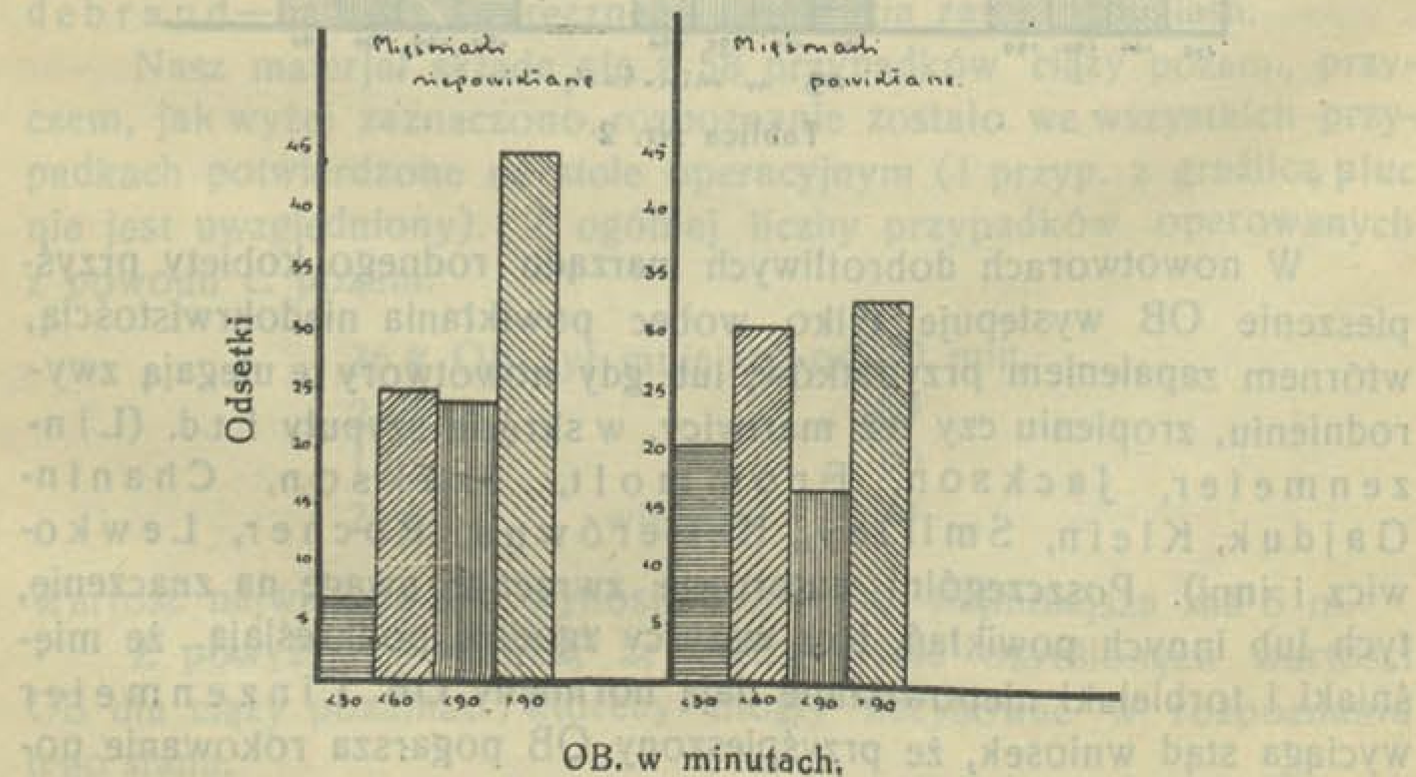
operacyjne, wskazując, iż przypadek jest powikłany. Frommolt np. podaje następującą statystykę: 90 przyp. mięsniaków, i 70 przypadk. torbielaków. Wszystkie przypadki, które miały OB mniejsze od 1 godz. w obu grupach dały powikłania. Gunter twierdzi, że OB może ułatwić odróżnienie złośliwych nowotworów od niezłośliwych, zaś Ostendorf posługiwał się OB podobno z dobrym skutkiem dla rozpoznania różniczkowego między mięśniakiem macicy a ropniakiem jajowodu zrośniętym z macicą i w innych rozpoznawczo trudnych przypadkach. Nieliczni tylko autorowie zaznaczają, że i niepowikłane nowotwory dobrot. mogą dawać przyśpieszenie op. krw. (Würzburger, Smitz, Henry i Hebert).

Przyjrzymy się teraz wynikom naszych zestawień.

Ogólna liczba chorych operowanych z powodu mięśniaków narz. rodn. wynosi 138 (nie zostały uwzględnione 2 przypadki, ponieważ stwierdzono inne źródła przyśpieszenia OB – płuca).

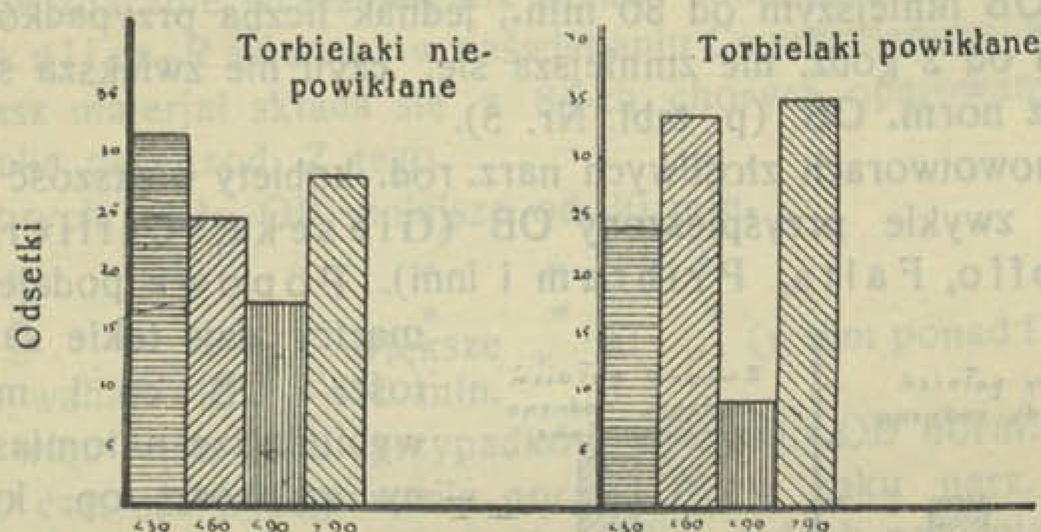
12% wykazało OB mniejsze od 30 min.
26% „ „ „ 60 „
21% „ „ „ 90 „
41% „ „ większe „ 90 „ (w tem ponad 120 m. 28%)
Granice wahań wynosiły 15—620 min.

Te liczby nie pozwalają jednak na wyciąganie żadnych wniosków. Podzieliliśmy więc te schorzenia w sposób następujący:
Mięśniaki niepowikłane 89, przyczem OB — 20 do 720 min.
„ powikłane 49, „ „ — 15 „ 235 „
(patrz tablicę Nr. 3.



OB. w minutach.
Tablica Nr. 3.

Ogólna liczba torbieli i torbielaków wynosi 104 (4 przypadki nie zostały uwzględnione z wyżej podanych przyczyn). Z nich
27 % chorych wykazało OB mniejszy od 30 min.
24 % „ „ „ „ „ 60 „
15 % „ „ „ „ „ 90 „
34 % „ „ „ większe „ 90 „ (wtem ponad 120 m. 8%)
Amplituda wahań OB wynosiła 4 — 720 min., w tem przypadków niepowikłanych było 40 z OB=12—385 min. i powikłanych przypadków 60 z OB = 4—720 m. (patrz wykres Nr. 4).



OB w minutach.
Tablica Nr. 4.

Wnioski z powyższego zestawienia są następujące:

1) Zarówno w torbielach, jak i w mięśniakach wartość OB waha się w bardzo szerokich granicach, dlatego objaw ten i w tych schorzeniach nie może decydować o rozpoznaniu.

2) Przyśpieszenie OB nie jest wybitne w tych schorzeniach, ponieważ tylko 7% mięśniaków i 15% torbielaków dają OB mniejszy od 30 min.

3) Nawet niepowikłane torbielaki i mięśniaki mogą dawać przyśpieszenie OB, albowiem tylko 33% mięśniaków i 22% torbielaków niepowikłanych wykazują OB większy od 2-ch godzin (wniosek ten nie jest zgodny z wynikami wyżejwspomnianych autorów) i

4) Powikłania w nowotworach niezłośliwych wywierają wyraźny wpływ na OB, wywołując zwiększenie się grupy z OB przyśpieszonym.

Przychodzimy następnie do zmian położenia narz. rodn. Większość autorów znajduje w tych przypadkach normalny OB.

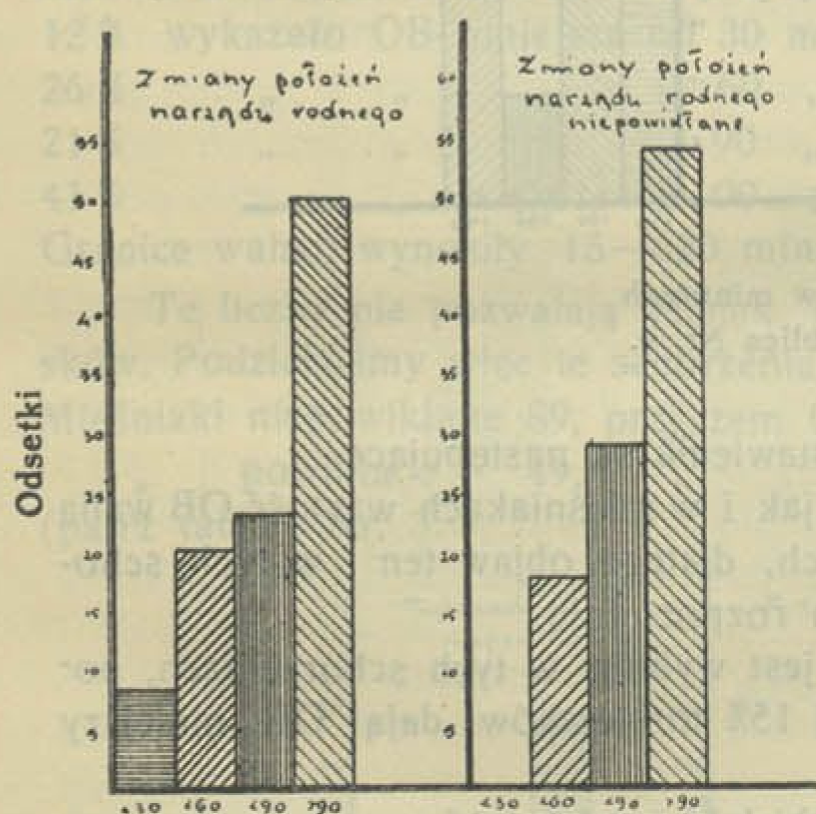
Nasz materjał składa się z 63 przypadków zmian położenia narz. rodn. (Dwóch przypadków nie uwzględniono z powodu jednoczesnego schorzenia płuc oraz wyrostka robaczkowego). W tem:

5 % z OB mniejszym od 30 min.
21 % „ „ od 60 min.
24 % „ „ od 90 min.
51 % „ większym od 90 min.

w tem ponad 120 min. — 44%, a więc tylko 45% chorych ma wartość OB większą od 2 godzin, natomiast 26% wykazuje OB mniejszy od 60 min. Granice OB wynoszą 35—615 minut.

Po wyodrębnieniu przypadków tego schorzenia bez powikłań (krwotoków, odleżyn, dużych zrostów) stwierdzamy, że znika zupełnie grupa z OB mniejszym od 30 min., jednak liczba przypadków z OB większym od 2 godz. nie zmniejsza się, czyli nie zwiększa się liczba chorych z norm. OB (p. tabl. Nr. 5).

W nowotworach złośliwych narz. rod. kobiety większość autorów stwierdza zwykle przyśpieszony OB (Gieseke, Caffier, Hollboll, Roffo, Falta, Pribram i inni). Popowa podaje, że rak macicy daje takie same wartości OB, co i mięśniaki, wybitniejsze natomiast zmiany szybkości op. krw. występują dopiero wskutek wtórnych powikłań. O. Silzer twierdzi nawet, że rak macicy w początkowym okresie daje prawidłowy OB, a więc sam proces nowotworowy na szybkość op. krw. nie wpływa, zaś przyśpieszenie powstaje pod wpływem niedokrwistości, zapaleń i innych powikłań. Inni znów autorowie utrzymują, że nowotwory złośliwe zawsze przyśpieszają OB. (Mahner, Guttman, Gragert i Cardaus), a więc odczyn Biernackiego jest miarodajny w rozpoznawaniu różniczkowem. Poza tem według zdania Jaropolskiej, Frommolta i Motiloffa OB może być również wykorzystany dla ustalenia, czy dany przypadek nadaje się jeszcze do operacji, ponieważ przyśpieszenie OB ma przebiegać równolegle do szerzenia się nowotworu. Mikulicz-Radecki i inni zaprzeczają jednak temu poglądowi. Niewyjaśnioną



OB w minutach

Tablica Nr 5

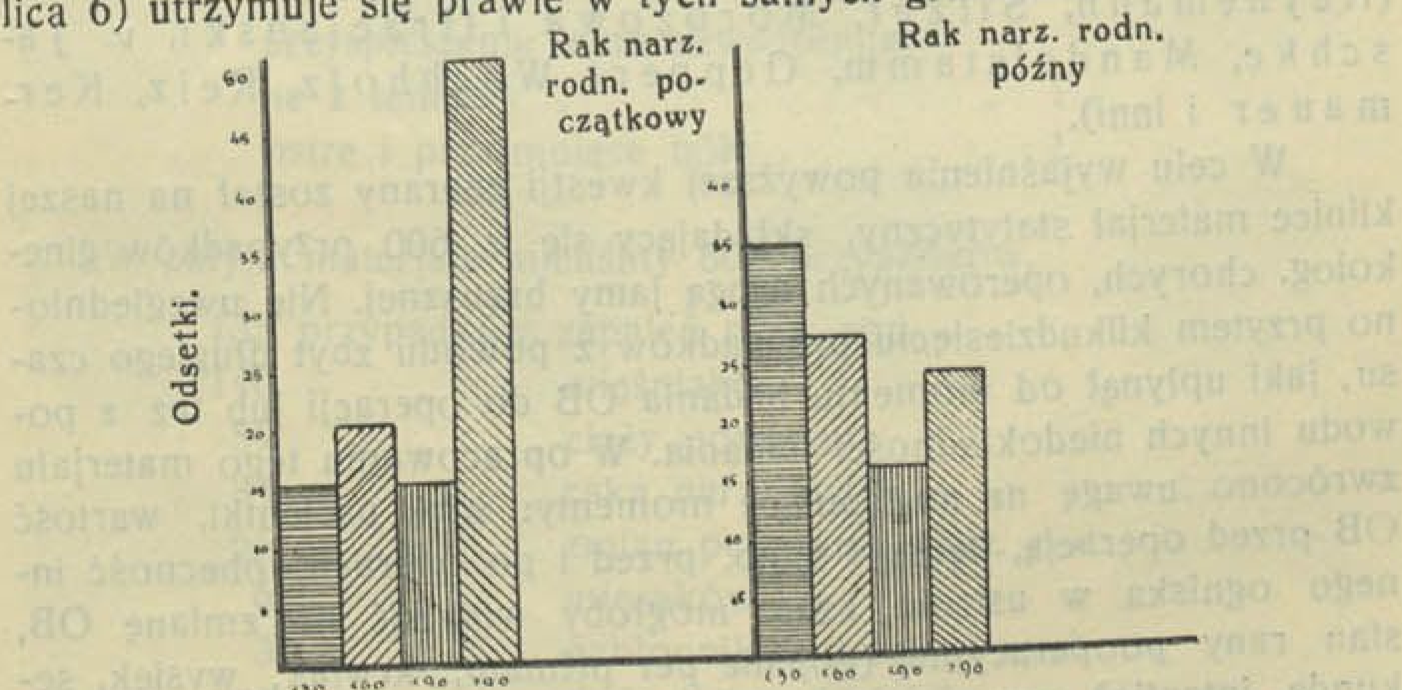
też narazie pozostaje kwestja wpływu chery nowotworowej na OB. Höhne uważa, że przyśpieszenie OB w późnych okresach raka zależy przedewszystkiem od chery ogólnej, dlatego szybkość op. krw. po wyleczeniu wraca do normy dopiero po roku, Silzer natomiast w analogicznych przypadkach chery nowot. stwierdził wybitne zwolnienie OB po operacji. Rola OB dla kontroli okresu pooperacyjnego raka narz. rodn. nieraz jest przez wielu autorów podkreślana (Linzenmeier, Gieseke, Frommolt, Caffier, Smiley). Przyśpieszenie OB zdaniem ich zapowiada nawrót nowotworu, ponieważ występuje znacznie wcześniej, niż objawy kliniczne. To samo stwierdza Mikulicz-Radecki w naświetlaniu Ca promieniami Roentgena.

Nasz materjał składa się z 84-ch chorych operowanych z powodu raka narz. rod. Z tego

26% chorych miało OB mniejsze od 30 min.
30% „ „ „ „ „ 60 „
12% „ „ „ „ „ 90 „
32% % „ „ większe „ 90 „ (w tem ponad 120 m. 23%)
Granica wahań OB 7—430 min.

A więc tylko 23% przypadków wykazało OB norm. Widzimy więc, że częstość występowania norm. OB w raku narz. rod. jest prawie ta sama, jak w mięśniakach (28%), jednak przyśpieszenie OB w nowotw. złośliwych jest wybitniejsze, albowiem mięśniaki dały w 12% OB. mniejszy od 30 m. zaś raki w 26%.

Szybkość opadania krwinek w przypadkach wczesnych raka w porównaniu z opadaniem w przypadkach daleko posuniętych (tablica 6) utrzymuje się prawie w tych samych granicach.



OB w minutach.

Tablica Nr. 6.

Co do mięsaków, większość autorów stwierdza taki sam wpływ tych nowotworów na OB, co i raków. Nasz materjał, składający się tylko z 6-ciu przypadków, mógłby potwierdzić jednak wnioski Stemmlera, że mięsaki dają zwykle wybitniejsze przyśpieszenie OB, niż raki, mianowicie: w żadnym przypadku nie stwierdzono norm. OB. a połowa przypadków wykazała OB poniżej 30 min.

Dla uzupełnienia działu o nowotworach złośl. dodamy jeszcze, że z trzech przypadków nabłoniaka kosmkowego w jednym opad. krwinek wyniosło 10 min., w drugim powyżej 60 m. i w trzecim 175 minut.

Specjalną uwagę w niniejszej pracy zwracamy na rolę OB w ustalaniu terminu operacyjnego oraz wpływu tego objawu na rokowanie pooperacyjne.

W piśmiennictwie spotykamy o tem różne zdania. Niektórzy autorowie (Schmitz, Henry i Herbert, Würzberg, Williams) nie uznają OB za czynnik miarodajny w określaniu terminu operacji, natomiast większość badaczy stwierdza i nawet podkreśla znaczenie OB w tej sprawie. Granicy wartości OB, stawiane przez tych autorów, są jednak rozmaite. Najbardziej krańcową liczbę wymienia Noyes, który uważa, że OB równy 30 m. niezawsze daje złą prognozę pooperacyjną, Hildebrandt podaje OB większy od 45 m., Baer, Joseph Frommolt, Molnar i inni wartość OB większą lub równą 60 m. uważają za taką, która pozwala na operację, natomiast najdłuższy jest szereg badaczy, którzy jedynie OB większy od 90 min, uważają za dostateczny do operowania (Heynemann, Silzer, Morozowa i Gracjański, v. Jaschke, Mandelstamm, Geppert, Wachholz, Reiz, Kermauer i inni).

W celu wyjaśnienia powyższej kwestji zebrany został na naszej klinice materjał statytyczny, składający się z 600 przypadków ginekolog. chorych, operowanych drogą jamy brzusznej. Nie uwzględniono przytem kilkudziesięciu przypadków z powodu zbyt długiego czasu, jaki upłynął od momentu badania OB do operacji lub też z powodu innych niedokładności badania. W opracowaniu tego materjału zwrócono uwagę na następujące momenty: wiek pacjentki, wartość OB przed operacją, tętno i temp. przed i po operacji, obecność innego ogniska w ustroju, które mogłoby wpłynąć na zmianę OB, stan rany pooperacyjnej (gojenie per primam, krwiak, wysięk, sekunda intentio) wystąpienie objawów otrzewnowych po operacji, obecność wysięku po 14 dniach po operacji, liczba dni przebytych

na klinice po operacji, przypadkowe powikłania i, oczywiście, rodzaj schorzenia oraz zabiegu operacyjnego.

Dla szybszej orjentacji zostały wprowadzone następujące określenia.

d — dobry przebieg poop.: tętno i temp. mniejwięcej po kilku dniach wracają do normy, rana goi się per primam, brak otrzewnowych objawów, rekonwalescencja trwa nie więcej, niż 2—3 tygodnie.

z — zadowalający przebieg pooper., gdy są niektóre z następujących objawów: tętno i temp. na krótko lub nieznacznie odchylają się od zwykłego przebiegu, rana wykazuje nieznaczny wysięk, krwiak lub powierzchowne ropienie, otrzewnowych objawów brak, rekonwalescencja nieznacznie przedłużona.

c — ciężki przeb. pooper.: temp. w ciągu dłuższego czasu ponad 38°, długotrwałe przyśpieszenie tętna, rana goi się per secundam, obecne są niektóre z objawów otrzewnowych, duży wysięk z gorączką po 14 dn.

bc — bardzo ciężki przebieg pooper., gdy są objawy zapalenia otrzewnej lub stan septyczny.

e — exitus.

Objawy otrzewnowe oznaczyliśmy w następujący sposób:

zatrzymanie gazów i stolca . . .	jako	1
suchy obłożony język	„	2
czkawka	„	2
wymioty	„	2
przyśpieszenie tętna niewspółmierne z temper.	„	1
ostre i przejmujące bóle	„	1

W całym materjale mieliśmy 600 przypadków.

135	przypadków	zapaleń narz. rod.
140	„	mięśniaków
59	„	ciąży pozamac.
84	„	raka narz. rod.
65	„	zmian położenia narz. rod.
6	„	mięsaków
3	„	nabłonników kosmkowych
108	„	torbieli i torbielaków
600		

Wszystkie przypadki zostały podzielone na grupy:
1) Z OB mniejszem od 30 min.
2) „ „ „ „ 60 „
3) „ „ „ „ 90 „
3) a „ większym „ 90 „ (w tem OB większy od 120 min, < 180 m i > 180 m.)

Następnie obliczyliśmy, ile przypadków w każdej takiej grupie wykazało przebieg pooperacyjny dobry, ile zadowalający i t.d.

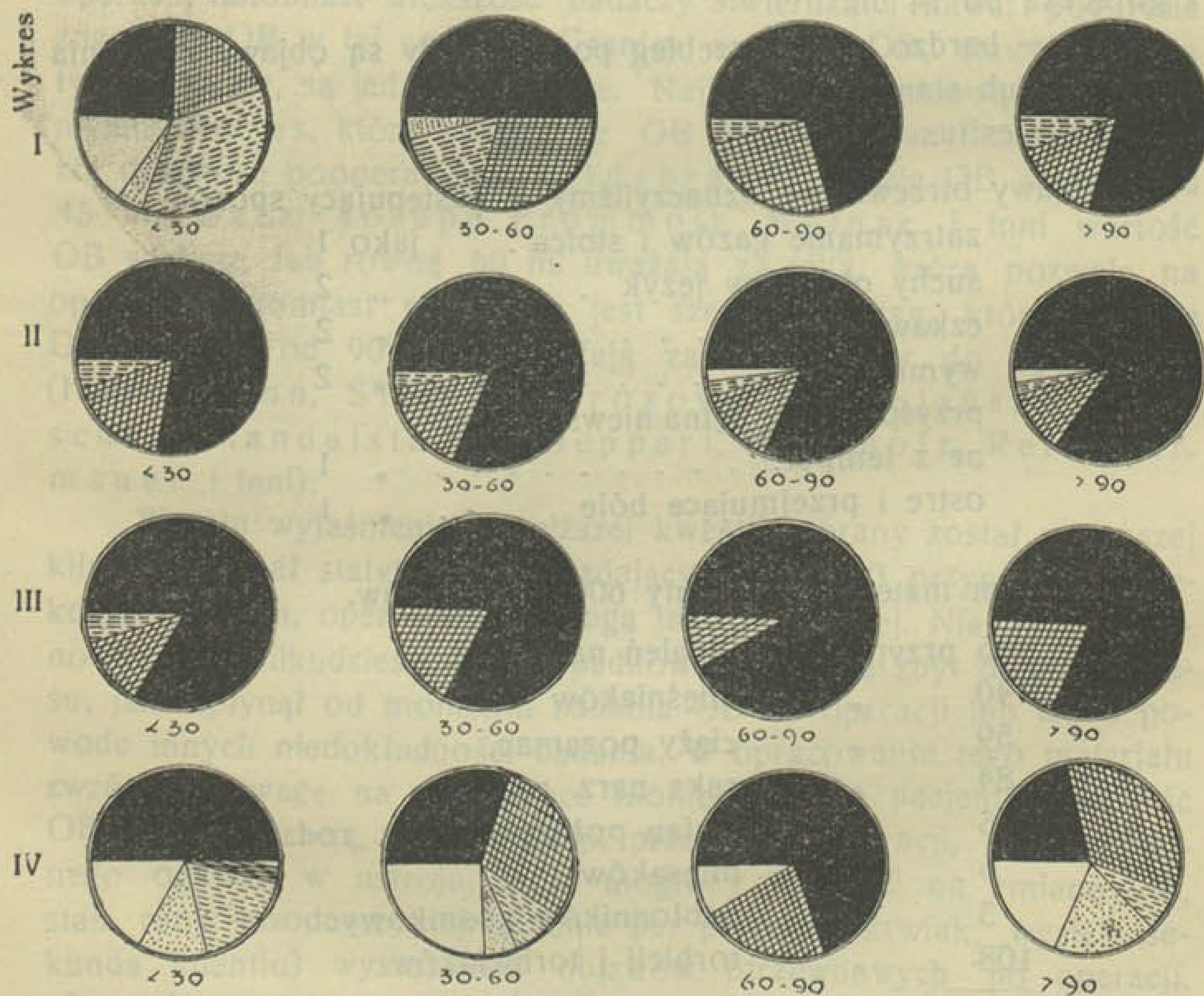
Dla unaocznienia wyników tych obliczeń przedstawiamy je graficznie. Dzielimy w tym celu cały materjał na 4 grupy:

1) Zapalenia (135) — wykres I

2) Torbielaki (i torbiele), mięśniaki niepowikłane, (nie uwzględniając mięśniaków powikłanych=49 przyp., jako stojących na pograniczu grupy I i II) zmiany położenia narz. rod (264) — wykres II

3) Ciąże pozamaciczne (59) — wykres III

4) Nowotwory złośliwe (93) — wykres IV



Tablica Nr. 7

Wykres składa się z kół, z których każde oznacza grupę przypadków z OB, zawartym w pewnych, określonych granicach (OB mniejszy od 30 m., OB mniejszy od 60 m. i t. d.), zaś każdy wycinek takiego koła określa zależnie od jego stopnia zaczernienia liczbę przypadków (w %%) w tym lub innym przebiegu poop. A więc:

Dobremu przeb. poop.	odpowiada	wycinek	czarny
zadowalającemu	„	„	kratkowany
ciężkiemu	„	„	kreskowany
bardzo ciężkiemu	„	„	kropkowany
zejściu śmiertelnemu	„	„	biały

Wnioski.

I. W grupie zapaleń stwierdzamy wybitne znaczenie OB w rokowaniu pooperacyjnem: zwolnienie OB powoduje zupełnie równoległy przyrost procentowości niepowikłanych przebiegów pooperacyjnych (25%—50%—70.4%—79.7%) oraz zmniejszenie się stopnia ciężkich powikłań pooper. Wykres I, (tablicy Nr. 7) odpowiadający tej grupie schorzeń, przedstawia tę wprost rzucającą się w oczy zależność wyników pooperacyjnych od przyśpieszenia op. krw. W kole, odpowiadającem OB mniejszemu od 30 min., widzimy wszystkie wycinki w kole następnem (OB od 30 — 60 min) wycinek (od czarnego do białego exitus) znika, wycinek zaś czarny (d) i kratkowany (z) wyraźnie się powiększa, przy OB 60—90 min. znika również i wycinek kropkowany (bc), zaś wycinek czarny (d) i kratkowany (z) rozprzestrzeniają się coraz więcej, co jeszcze wybitniej zaznacza się przy OB większym od 90 min.

II. W grupie torbieli, mięśniaków i zmian położenia narz. rod. spostrzegamy również zupełnie wyraźną, choć nie tak wybitną, jak w poprzedniej grupie, zależność pomiędzy OB a przebiegiem pooper. Najbardziej widocznie zaznacza się ta rola OB w przypadkach zmian położenia narz. rod., stosunkowo mniej w przypadkach mięśniaków, najmniej mięśniaków powikłanych.

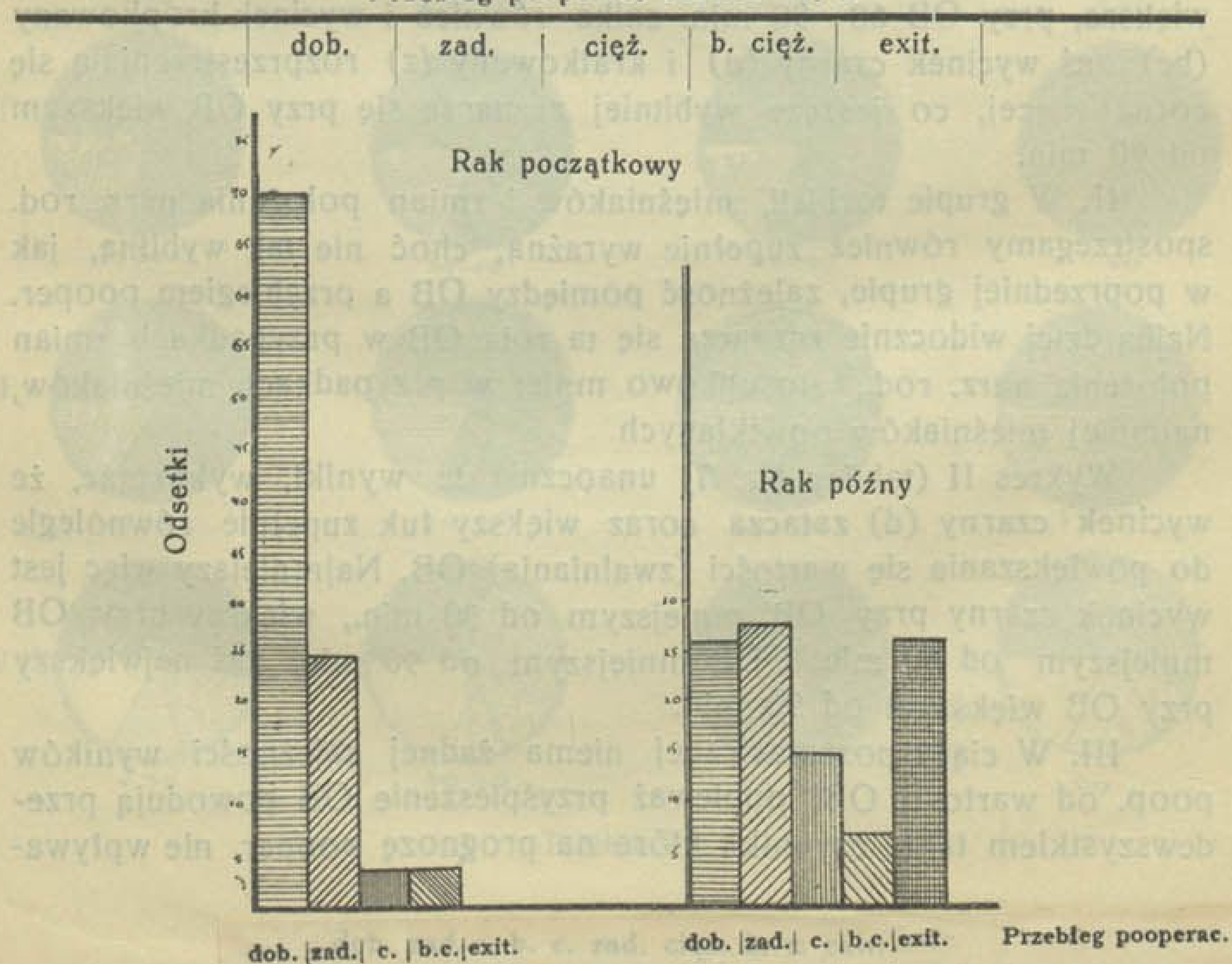
Wykres II (tablicy Nr. 7) unaocznia te wyniki, wykazując, że wycinek czarny (d) zatacza coraz większy łuk zupełnie równolegle do powiększania się wartości (zwalniania) OB. Najmniejszy więc jest wycinek czarny przy OB mniejszym od 30 min., większy przy OB mniejszym od 60 min. i OB mniejszym od 90 min. zaś największy przy OB większym od 90 min.

III. W ciąży pozamacicznej niema żadnej zależności wyników poop. od wartości OB, ponieważ przyśpieszenie OB powodują przedewszystkiem takie czynniki, które na prognozę pooper. nie wpływa-

ją (niedokrwistość, wchłanianie wylewu krwawego). Wykres III (tablicy Nr. 7) ilustruje ten brak wpływu OB w ciąży pozam. Widzimy, że wycinek czarny (a więc liczba przypadków z zupełnie niepowikłanym przebiegiem poop.) pozostaje we wszystkich 4-ch kołach prawie taki sam, zaś zmiany jego rozległości nie wykazują zależności od wartości OB.

IV. W przypadkach raka narz. rod. OB również nie ma znaczenia dla prognozy poop. Stwierdzamy nawet, że np. przy OB mniejszym od 30 min. procent przypadków niepowikłanego przebiegu pooper. wynosi 59, natomiast przy OB większym od 90 m. — tylko 22 Na wykresie IV (tablicy Nr. 7) widzimy wprost paradoskalne pomieszanie barw, a więc przy OB mniejszym od 30 min., wyc. czarny (d) jest większy, niż przy OB mniejszym od 60 min., lub przy OB większym od 90 min. jest mniejszy, niż przy OB mniejszym od 90 min. i t. d. A więc te czynniki, które najczęściej powodują przyśpieszenie OB w rakach narz. rod. (rozpad tkanek, krwawienia), nie mają większego znaczenia dla wyników operacyjnych. Jeżeli natomiast uwzględnimy inny moment, niż szybkość op. krw., a mianowicie okres choroby i podzielimy wszystkie przypadki na Ca początkowe i Ca późne, to otrzymamy niżej przedstawione wyniki.

Przebieg pooperac. Tablica Nr. 8.



Tablica Nr. 8.

Widzimy więc, że wyników dobrych w raku początkowym jest 69% i żadnego zejścia śmiertelnego, zaś w raku późnym dobrych wyników znajdujemy tylko 25% i tyleż samo zejść śmiertelnych. A więc okres choroby, nie zaś OB ma decydującą rolę dla rokowania pooper. w raku narz. rodnego.

Zestawiając najważniejsze momenty, stwierdzamy:

1) Reakcja op. krw. ma wybitne znaczenie dla rokowania poop. w stanach zapalnych. Przy OB mniejszym od 60 min. nie należy operować, ponieważ wtedy w 50% przypadków występują powikłania. Wobec OB w granicach 60—90 m. można operować, jeżeli są ważne wskazania do przyśpieszenia terminu operacyjnego, natomiast najwięcej pewności dobrych wyników dają przypadki z OB większym od 90 min. Należy przytem zaznaczyć, że wartość OB nie jest pod tym względem jedynym decydującym czynnikiem, ponieważ trzeba uwzględnić też temp., stan miejscowy, leukocytozę i czas trwania choroby.

2) Analogiczny, lecz mniej wybitny wpływ wykazuje OB w torbielakach, mięśniakach i zmianach położenia narz. rod., przyczem wartość liczbowa OB, jako wskaźnika operacyjnego, pozostaje ta sama, co i w stanach zapalnych.

3) OB w rokowaniu w przypadkach c. pozamacicznej i raka nie ma znaczenia. Medycynie praktycznej nie przynosi to zresztą dużego uszczerbku, ponieważ w tych dwóch wyżejwymienionych stanach (ciąży pozamac. i raka) mamy najczęściej wskazania życiowe do operacji. Gdyby więc przyśpieszony OB wskazywał na możliwość powikłania poop., nie mógłby przez to powstrzymać lekarza od koniecznego zabiegu.

Na zakończenie musimy sobie jeszcze raz uprzytomnić, że reakcja opadania krwinek jest objawem naruszonej równowagi w układzie koloidalnym tkanek i osocza krwi, a więc, jak i temperatura, nie jest specificzną i nie może wyłącznie decydować o terminie i prognozie operacji i o prognozie leczenia zachowawczego. Jak słusznie powiada Frommolt, rozpoznanie ginekologiczne nie może się opierać jedynie na próbówce Linzenmeiera.

Wnioskom, które wynikają z niniejszej pracy, odpowiada zupełnie bardzo trafne powiedzenie Neergarda: „Temperatura, mimo że posiada cechę niespecyficzności i czułości, uważana jest za najważniejszy środek pomocniczy djagnostycznego i prognostycznego myślenia lekarskiego. Dużo trzeba było czasu i pracy wielu ludzi, żeby z tak często występującego objawu, jak gorączka, można było wyciągać praktyczne wnioski w każdym poszczególnym przypadku.

Trzeba jeszcze dużo zebrać doświadczeń, żeby odczyn opadania krwinek dał takie same praktyczne możliwości".

Piśmiennictwo.

E. Biernacki Samoistna sedymentacja krwi Gaz. Lek. 1897 T. 17. G. Linzenmeier — Die S. G. der Blutkörperchen und ihre praktische Bedeutung, 1923. Mikulicz Radecki 1923 Arch. f. Gyn. T. 120, 1923. Rothe E. Zentrbl. f. Chir. R. 50 1923. Hofgaard W. Münch med. Woch. R. 71, No 8 1924. Schuhmacher P. i W. Vogel. Arch. für Gyn. T. 119; 1923. Musa G. Kl Wochenscher R. 2, No 34, 1923. Moral—Deutsch, Woch. R. 49 No. 43, 1923. Vida — Münch. m. Woch. R. 70 No. 9, 1923. Reicherówna, Polskie arch. med. wewn. 1923 zeszyt I. Linzeumeier — Tr. Wsier. S. Gin. i Ak. 1924. Mandel—Stamm Tr. Wsier S. Gin. i Ak. 1924. Terebinskaja-Popowa — Tr. Wsier. S. Gin, i Ak. 1924. Bronnikoff — Zentrl. f. Gyn. R. 48 No. 27. Becher — Rüdenhof — Wien. Klin. Woch R. 37, No. 22, 1924. Falta Bela — Zutrbl f. Gyn. R. 48 No. 27, 1924. Boenniger M. i W. Hermann — Klin. Woch. R. 3 No. 10, 1924. Blumenthal F. — Klin. woch. R. 3, No. 3, 1924. Berceller i Wastl H. Münch. Woch. R. 71, No. 8, 1924. Wöhlisch E. Klin. Woch. R. 3 No. 19, 1924. Pribram H. i O. Klein — Münch. m. Woch. R. 71 No. 17, 1924. Cardauns F. — Dtsch. m. Woch R. 50. No. 16, 1924. Hildebrandt O. — Monatschr. f. Geb. i Gyn. T. 65 1924. Rothe E.—Dtsch. m. Woch. R. 50 No. 2, 1924. Izakson—Tr. VI. Wsier. Są. Gyn. i Ak. 1924. Herold K. Zntbl. f. Gyn. 1925 T. 49. Neuman H. Zentrbl. f. Gyn. 1925 T. 49. Würzburger M. Zntrbl. T. 49, 1925. Stemmler W. Arch. f. Klin. Chir. T. 137, 1925. Gragert Otto—Klin. Woch. R. 4 No. 51, 1925. Hellerówna — Pol. Gaz. Lek. No. 10, 1925. Frommolt i L. Motiloff — Zntbl. f. Gyn. R. 50, No. 6, 1926. Cukor N. — Zntbl. f. gyn. R. 50 No. 6, 1926. Morozowa i Gracjański H. i Sierdziukow N.—Tr. VII. Wsiers. S. Gin. i Ak. 1926. Grósz — Zntbl. f. Gyn. R. 50 No. 22, 1926. Iwanow J. — Zntbl. f. Gyn. R. 50 No. 24, 1926. Guttman i H. Schneider — Arch. f. Gyn. T. 127 Z. 12/3, 1926. Silzer O. — Zntbl. f. Gyn. R. 50 No. 6, 1926. Linzenmeier i Hirsch Gyn. u. Geb. T. 10, 1926. Ceytlin — O wartości kliniicznej i praktycz. próby op. krw. w Ginek. Warsz. Czas. lek. 1926. Stökling Zeitschr. f. Kl. Med. T. 104, 1926. Caffier P.—Zntbl. f. Gyn. R. 51 No. 7, 1927. Ostendorf Monatschr f. Geb. u. Gyn. T. 77, 1927. Schäfer — Arch. f. Gyn. T. 130, 1927. Kaszyński — Gin. i Ak. T. VI, 1927. Bruchzaler S. — Zntbl. f. Gyn. R. 51 No. 32, 1927. Klein — Tr. Woron. Uniw. 1928. T. Schufer — Arch. f. Gyn. T. 135, 1929. Pfaff — Dtsch. m. Woch. 1929. Eufinger H. — Arch. f. Gyn. T. 146. Vogel—Archw. f. Gyn. T. 139, 1930. „Gruźlica" No. 4, 1931. Leffkowicz M. Die B. k. s. g.. Ergebn. der gesamt. Mediz. 1932. Bychowskaja A. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 92 Z. 5/6, 1932. Burghardt—Berlin 1932. Christ—Zntbl. f. Gyn. Z. 20, 1932. Heiman — Zntbl. f. Gyn Z. 20, 1932. Vollmar H. — Mbd. Welt. 1933. Rolin J. — Zntbl. f. Gyn. R. 57 Z 46, 1933. Winter E. — Mschr. Geb. 1933.

Aus der Gebrutshilfl.—gynäkolog. Klinik U.S.B. Direktor Prof. Dr. *Wł. Jakowicki.*

Die Reaktion der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeits (= B. K. S. G. = Reaktion nach Biernacki) in Geburtshilfe und Gynäkologie und ihre Bedeutung bei der Indikation zu gynäkologischen Operationen.

ESFIR MESZELÓWNA.

Schon im Altertum war die Erscheinung der Blutkörperchensenkung bekannt. Im Jahre 1897 veröffentlichte E. Biernacki die Methode zur Bestimmung der B. K. S. G. Diese Reaktion ist nich spezifischi sie ist nur ein Symptom der Störung der kolloidalen Gleichgewichtes im Gewebe und im Blutserum. Theorie von Hoeber gibt uns eine Zusammenfassung der wichtigsten Theorien über die Reaktion. Als unmittelbare Ursache der beschleunigten B. K. S. erscheint die Vermehrùng der Globuline im Blute, die die elektrische Ladung der Erytrocyten neutralisieren, die Dispersion der Eiweiskörper im Serum vermindern und die Viskosität des Blutserums vergrössern sollen. Es gibt zwe Hauptmethoden zur Bestimmung der B. K. S. G. — die von Linzen meier und Westergren (so wie ihre Modifikationen). Als Norm für die B. K. S. G. gilt bei Frauen die Zeit von 2—3 Stunden. Die B. K. S. G. Reak ion verwendet man klinisch zu diagnostischen únd prognostischen Zwecken, als ,index morbi et sanitatis bei konservativer Behandlung entzündlicher Prozesse, sie spielt ausserdem eine Rolle in der Bestimmung des Operationstermins und bei Kontrolle des postoperativen Verlaufes. Die Ziffern, welche von den meisten Forschern für entzündlichgynäkologischen Fälle angegeben werden, gleichen annäherend denen Linzenmeiers. Bei Extrauteringravidität gillt es keine bestimmte Werte der B. K. S. G. Die beschleunigte Senkung ist hier hauptsächlich eine Fölge eines Blutverlustes und sekundärer entzündlichen Prozesse. In Fällen von Myomen únd Cysten schwankt die S. G. sehr stark. Die Beschleunigung der S. G. ist nicht bedeutend und im hohen Grade von den Komplikationen abhängig. Doch tritt sie oft bei nicht komplizierten Fällen von gutartigen Geschwülsten auf. Dasselbe gilt auch für Lageänderungen der Genitalorgane. Bösartige Tumoren geben fast dieselbe Prozentzahl der normalen B. K. S. G. wie die gutartige, jedoch ist im ersten Falle die Beschleunigung meistens viel bedeutender und ist unabhängig von auftretenden Komplikationen. Um zu prüfen, inwiefern sich die B. K. S. G zur operativen Prognosetellung bei gynäkologischen Erkrankungen eignet, wurden 600 gynäkologische per laparatomiam operierte Fälle untersucht. Die Ergebnisse sind folgende: 1) Die Reaktion der B. K. S. G hat besondere Bedeutung zur post-

operativen Prognosestellung bei entzündlichen Prozessen. Werte der B. K. S. G. von > 90 min. ergabten die besten Erfolge, bei Berücksichtigung von Temperatur, Leukocytenzahl, des lokalen Beundes sowie der Krankheitsdauer. 2) Den gleichen, wenn aúch weniger bedeutenden Einflúss hat die B. K. S G. bei Zysten, Myomen únd Lageänderungen der Genitalorganen. 3) Die B. K. S G. hat keine prognostische Bedeutung bei Operationen in Fällen von Extrauteringravidität únd malignen Tumoren der Genitalorganen.

S. BAGIŃSKI.

Szczepionka przeciwgruźlicza B. C. G. w świetle 12-to letnich spostrzeżeń.

A. Calmette rozpoczął swe wiekopomne badania z najbliższym współpracownikiem C. Guérin'em w 1906 roku. — Badacze ci, hodując zwykły zjadliwy prątek perlicy (*b. tbc typus bovinus*) na kartoflu z żółcią, po 230 posiewach co 15 dni, uzyskali pokolenie prątków, niezdolnych do sprowadzania postępujących i udzielających się zmian gruźliczych.

Prątek ten został przez nich nazwany prątkiem B C G — *bacille Calmette-Guérin* i stanowi 230-e pokolenie zwykłego zjadliwego prątka perlicy.

Badania nad odpornościowemi zdolnościami prątka B C G, prowadzone były od połowy 1921 roku na niższych ssakach, nie wyłączając bydła domowego. Kilkakrotnie przeprowadzano badania z różnego rodzaju małpami, między innemi także człekokształtnemi. (Wilbort).

Jednakże ani Calmette, ani Guérin nie dążyli do wprowadzenia swej szczepionki do lecznictwa ludzkiego. Pierwsza próba zastosowania szczepionki B. C. G. u ludzi pochodzi od B. Weill-Hallé, dyrektora szkoły puerikultury oraz kierownika żłobka *Charité*. Weil-Hallé w lipcu 1921 roku zaszczepił tytułem próby noworodka urodzonego przez chorą na gruźlicę matkę, która wkrótce po porodzie zmarła, dziecko zaś miało być wychowywane przez babkę, również gruźliczkę. Wyniki szczepienia były zachęcające, dziecko przeżyło okres niemowlęcy i w dobrem zdrowiu żyje do dziś. Zachęcający wynik szczepienia zwrócił uwagę lekarzy na szczepionkę

BCG i w ciągu pięciu lat (1921 — 1926) zaszczepiono we Francji 437 noworodków.

Od roku 1926 zaczyna się rozwój szczepionki BCG, obecnie jest ona stosowana niemal we wszystkich państwach świata, w tem w 47 państwach systematycznie na większą skalę. Do chwili obecnej ogółem zaszczepiono około $1^1/_2$ miljona noworodków. Popularność szczepionki stale wzrasta, we Francji co piąty noworodek zostaje zaszczepiony, zaś w niektórych departamentach (Seine inferieure) szczepienia są obowiązkowe.

Od 1924 roku rozpoczęto badania kontrolne nad szczepem BCG oraz zapoczątkowano krytyczną ocenę wyników szczepień u ludzi i bydła domowego.

Spór, toczący się pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami szczepień, nabrał szczególnej siły, kiedy 14-go maja 1930 roku rozegrała się tragiczna katastrofa w *Lubece*, na szczęście dzisiaj całkowicie wyjaśniona, a z której szczepionka BCG wyszła obronną ręką.

Dążąc do objektywnej oceny szczepionki BCG, Calmette zapoczątkował rozpatrzenie sprawy szczepień w *Lidze Narodów*. Naskutek jego starań w październiku 1928 roku (15—19/X-1928) sprawa ta była rozpatrywana przez specjalną w tym celu powołaną do Paryża Komisję.

W skład trzech wyłonionych podkomisyj wchodzili: 1) jako bakterjolodzy: Bordet, Neufeld, Kraus, Tzeknowitzer, Prausnitz, Cantacuzène i Remlinger; 2) jako klinicyści: Leon Bernard, A. Schlossmann, L. Sayé, G. Ronzoni, E. Nobel, i J. Heimbeck oraz 3) przedstawiciele medycyny weterynaryjnej: Ascoli, J. Nowak (z Krakowa), H. Berger, H. Vallée, F. Gerlach i Zeller.

Pierwsza z tych komisyj (bakterjologów) przyszła do wniosku: *Szczep BCG stanowi niezjadliwą szczepionkę doświadczalnie nie sprowadzającą postępujących zmian gruźliczych.* (dosłownie: „*Que le BCG constitue un vaccin inoffensif et qu' experimentalement il ne produit pas de tuberculose évolutive).* Komisja klinicystów orzekła: „*Szczepionka BCG podana noworodkom doustnie w pierwszych 10 dniach życia lub podskórnie dzieciom starszym i dorosłym nie jest w stanie spowodować czynnych zmian gruźliczych„* — („*Qu' administré per os aux nouveau-nés dans les dix prèmiers jours de la vie et par vioie sous-cutanée aux enfants plus agés et aux adultes, le BCG se montre inapte à provoquer des lèsions tuberculeuses virulentes„*). Wreszcie komisja weterynaryjna stwierdziła: „*Szczepienia bydła*

domowego według metody Calmette'a i Guérin'a są zupełnie nieszkodliwe" — (*„Que la vaccination selon la technique de Calmette et Guérin chez les animaux de l'espèce bovine se montre d'une parfaite innocuité"*). Takie były orzeczenia komisyj, w których nie wszyscy byli zwolennikami szczepionki BCG oraz techniki, zalecanej przez Calmette'a.

Badania nad powrotem zjadliwości prątka BCG.

Głównym zarzutem, stawiany mszczepionce BCG przez przeciwników, jest możliwość powrotu utraconej zjadliwości (Watson, Petroff, Uhlenhut, Seifert). Szczególnie przeciwko szczepionce powstawali Watson i Petroff. Pierwszy z nich zakażał świnki morskie wielkiemi dawkami BCG — do 100 mgr. i u 1% świnek podobno miał obserwować wyraźnie postępujące zmiany gruźlicze. Wyniki Petroff'a zostały obalone spowodu błędów technicznych z jego strony, a mianowicie Petroff nie wziął pod uwagę spontanicznej gruźlicy królików i świnek morskich występującej bardzo często w hodowlach pracownianych. Również inne badania Petroffa zostały przez większość badaczy zakwestjonowane. Obecnie panuje przekonanie, że otrzymane przez Petroffa prątki typu S— zjadliwego, z kolonij dobrotliwych R (jedna kolonja S na 35.000 R) są następstwem błędu technicznego, prawdopodobnie wskutek zanieczyszczenia laboratoryjnego. Inni badacze (Hormaèche z Montevideo) dążyli do nawrotu zjadliwości BCG, przez wspólne szczepienie BCG oraz innych drobnoustrojów (*Streptococ. caviae*), jednakże we wszystkich przypadkach liczne badania kontrolne nie dawały pozytywnych wyników. Jako dowód niezjadliwości prątków BCG przytacza Calmette przypadek, kiedy wskutek pomyłki w telefonogramie 23 dzieciom w wieku od 4 do 14 lat wstrzyknięto pod skórę po 0,01 grm. zamiast 1/50 mgr. (500 razy więcej); u wszystkich tych dzieci utworzyły się zimne ropnie, które w 13 przypadkach rezorbowały się samoistnie, w 10 zaś przypadkach wymagały opróżnienia. Dzieci powyższe do dziś nie wykazują żadnych objawów chorobowych. Nawet u wcześniaków nie udało się otrzymać wyników, któreświadczyłyby o zjadliwości BCG. Niezwykłym dowodem tego jest przypadek z kliniki Röhmera w Strasburgu, dotyczący potworka z wodogłowiem, któremu wstrzyknięto do jamy otrzewnowej 2 mgr. BCG. Dziecko doskonale zniosło zabieg, a po 15-tu dniach reagowało na tuberkulinę: po upływie 4-ch miesięcy zmarło spowodu wad rozwojowych; rozbiór zwłok nie wykrył żadnych zmian gruźliczych, zawie-

sina z węzłów chłonnych, zaszczepiona św. morskiej, nie dała wyników dodatnich. Prace, dążące do nadania szczepowi BCG utraconej zjadliwości, liczymy dzisiaj na dziesiątki, lecz nawet jednoczesne zatruwanie toksyną błoniczą oraz silna infekcja prątkami pozostały bez rezultatów oczekiwanych przez przeciwników szczepionki BCG. Wszystkie badania kontrolne zawsze wypadały odmiennie, niż u danego autora, a wyniki przemawiały na korzyść BCG.

Dysocjacja szczepu BCG.

Sprawa dysocjacji szczepów bakteryjnych a między niemi także szczepu BCG nie ulega dzisiaj żadnej wątpliwości: należy ją uważać za rozstrzygniętą w kierunku dodatnim.

Z bakterjologji wiemy, że obecnie zwalczają się dwa poglądy: *monomorfistów* z R. Kochem na czele i *pleomorfistów* z Buchnerem, Cieńkowskim i Prażmowskim jako przedstawicielami czołowymi. Monomorfiści, pedantycznie stosując technikę stworzoną przez Kocha, nie mogą otrzymać odmiennych wyników a twierdzenie Kocha (1878): *„że każdej sprawie zakaźnej odpowiada drobnoustrój, mający nie tyko stałe cechy fizjologiczne, lecz zawsze tę samą wielkość, wygląd i wzrost"*, jest uważane za niewzruszony pewnik. Lecz kilkanaście lat później, na początku XX wieku zjawiają się prace, które zdają się podważać naukę Kocha lub nawet wręcz jej przeczyć.

Liczba podobnych prac stale wzrasta, wreszcie zaszła potrzeba usystematyzowania poglądów przeciwnych monomorfistom. Dokonał tego Arkwright w 1920 roku. Mianowicie autor ten podzielił kolonje drobnoustrojów na:

S (smooth) — gładkie, okrągłe i bardzo zjadliwe,

R (rough) — wysokie, szorstkie, pofałdowane. mało zjadliwe.

W 1931 roku Hadley stwierdził możliwość występowania trzeciego rodzaju kolonij, które oznaczył literą G; powstają one zwykle ze szczepów R. Kolonje G są zupełnie niezjadliwe, zaś przesącze ich pozornie jałowe, zawsze dają kolonje G.

Jak przedstawia się ta sprawa w stosunku do prątka BCG? Otóż badania, rozpoczęte przez Petroffa. a następnie kontrolowane przez Krausa, Gerlacha, Neufelda, Nestchadimenko, Tzeknowitzera a u nas w Polsce przez Piasecką-Zeylandową, stwierdziły, że szczep BCG ulega dysocjacji, dając kolonje trojakiego rodzaju, które można utożsamiać z kolonjami typu S, R i G. Piasecka-Zeylandowa uważa, że normalnie występują kolonje typu R, spotykają się również kolonje o charakterze S i wreszcie typ

przejściowy, oznaczony przez autorkę literą O. Wszystkie szczepy okazały się niezjadliwemi i dawały tylko zmiany miejscowe. Badania Piaseckiej-Zeylandowej są szczególnie cenne, gdyż autorka zastosowała technikę, opisaną przez Petroffa (hodowla na pożywce z jaj).

Według dzisiejszych pojęć wszystkie bakterje chorobotwórcze mogą dać kolonje jednego z trzech wymienionych typów S, R, lub G. Hodowle prowadzone w tych samych zawsze warunkach zachowują nadal swój pierwotny typ, przejście jest możliwe tylko po zastosowaniu zmian w technice hodowli, lecz normalnie przejście S w R lub naodwrót jest niemożliwe.

Na podstawie przytoczonych badań prątki BCG należy uważać nie za przypadkową mutację zwykłego zjadliwego prątka perlicy, lecz za nową stałą odmianę, zdolną do samodzielnej dysocjacji.

Stojąc na tem stanowisku, należy kategorycznie twierdzić, że w obecnych warunkach, nie może być mowy o powrocie zjadliwości prątka BCG, który od 27-iu lat stale jest hodowany w tych samych warunkach.

Przeciwnicy podobnego założenia, już wymienieni wyżej S. A. Petroff, E. A. Watson, Seiffert i Uhlenhut znajdują się dzisiaj w mniejszości, mając przeciwko sobie 50 przeszło badaczy z takiemi autorytetami, jak Kolle na czele. Pośród zwolenników niezmienności szczepu BCG znajdują się liczni badacze z całego świata, nie wyłączając Niemców. Wszyscy autorzy stwierdzają, że dotychczas, nie zważając na różnorodność stosowanej techniki, nie udało się przywrócić zjadliwości prątkom BCG: w obecnych przeto warunkach musimy uważać szczep BCG za stałą i niezmienną postać systematyczną, za virus fixe według przyjętych pojęć.

Również na podstawie badań na zwierzętach musimy wykluczyć możliwość powrotu zjadliwości w ustroju szczepionego osobnika.

Niezjadliwość prątków BCG polega na tem, że nie są one w stanie sprowadzać postępujących zmian gruźliczych; fakt ten został niejednokrotnie potwierdzony badaniami tak komisyjnemi jak i indywidualnemi.

Biologja prątków BCG.

Morfologicznie prątek BCG mało się różni od zwykłego prątka gruźlicy, jest także kwasoodporny, barwi się według Ziehl-Neelsena. Wzrasta na zwykłych podłożach, swoistych dla pałeczki gruźli-

czej, lecz stale jest hodowany na kartoflu - żółciowo glicerynowym w celu zapewnienia stałości nabytych cech; wytwarza on tuberkulinę.

U zwierząt chorych na gruźlicę prątek BCG powoduje odczyn Kocha, lecz nigdy nie sprowadza zmian serowatych.

Dożylne wstrzyknięcie 5, 10 lub 15 mgr. prątków BCG w płynie fizjologicznym królikom nie powoduje widocznych zmian makroskopowych. Badanie histologiczne wykrywa zmiany, które można uważać za łagodne swoiste zmiany gruźlicze; rozwój tych zmian zależy od okresu, jaki upływa od chwili zakażenia.

Po 24-ch godzinach występują zmiany w pęcherzykach w postaci alveolitis, z drobnokomórkowem nacieczeniem tkanki międzypęcherzykowej. Po 9-10 dniach powstają typowe gruzełki z komórkami nabłonkowatemi oraz drobnokomórkowem nacieczeniem. Gruzełki umiejscowiają się w ściance pęcherzyków płucnych, nie przekraczając zwykle jednego pęcherzyka: wyjątkowo spotyka się większe gruzełki na przestrzeni 2—3 pęcherzyków. Rozwój gruzełków trwa do 40-go dnia; w tym okresie gruzełek osiąga stopień najwyższego rozwoju, komórki olbrzymie z małych, dwujądrowych przekształcają się w duże, z liczbą jąder do 10, jednocześnie zwiększa się drobnokomórkowe nacieczenie. Leukocytów nie bywa dużo. Od 40-go dnia rozpoczyna się wsteczny rozwój gruzełków, postępujący szybko tak, że do setnego dnia gruzełki ulegają zmniejszeniu tak ilościowo, jak jakościowo i przybierają wygląd wyżej opisanych młodych postaci z początkowego okresu po zakażeniu. W pęcherzykach oczyszczonych występuje opisany poprzednio alveolitis. Zmiany wsteczne postępują nadal i po upływie 200 dni po zakażeniu żadnych zmian patologicznych dostrzec nie można. Coulaud przychodzi do wniosku, że *„en deux cents jours environ, on a vu se constituer, puis régresser et guérir une vèritable granulie pulmonaire n'ayant en aucun point, à aucun moment abouti á une caséification“*. Kwasoodporne prątki—BCG znikały w rozwoju opisanej wyżej prosówki i po 150 dniach były niemożliwe do wykrycia. Również żaden z badaczy nie obserwował zserowacenia. W innych narządach występują podobne zmiany, które nigdy nie doprowadzały do zserowacenia i ulegały całkowitemu zanikowi w czasie od 150 dni (wątroba) do 200 dni (śledziona).

Z powyższego wynika, że prątek BCG powoduje powstawanie w zakażonym ustroju swoistych zmian gruźliczych, które jednakże nie ulegają zmianom martwiczym i po pewnym czasie całkowicie cofają się. Fakt ten jest ważny dla stwierdzenia, że po podaniu BCG powinna po pewnym czasie wystąpić odporność. Dla potwierdzenia

powyższego Calmette, Boquet i Négre przeprowadzili szereg badań, które potwierdziły, że BCG posiada wybitne cechy antygenu, mianowicie po dożylnem podaniu kolosalnych dawek koniom otrzymali surowicę, której 1 cm^3 wiązał 9.600 jednostek aleksyn.

Szczepionka BCG, technika jej przygotowania i stosowania.

Szczep BCG od 1906 jest hodowany na kartoflu z żółcią i 5% gliceryny. Hodowle do przygotowania szczepionki są prowadzone na kartoflu z buljonem glicerynowym, bądź też na syntetycznej pożywce Sautona, jednakże po 10 posiewach, dwukrotnie z rzędu kultura jest hodowana na kartoflu z żółcią i gliceryną w celu zachowania cech nabytych przez BCG.

Szczepionkę sporządza się z osuszonych bibułą prątków BCG; do rozprowadzania używa się płynu o składzie:

Gliceryny	40 cm^3
Glukozy	10 „
Wody	1000 „

Jedną dawkę szczepienną stanowi 0,01 grm., zawierająca 400 miljonów prątków w 2 cm^3 wymienionego płynu. Szczepionka zachowuje swą żywotność w ciągu kilkunastu dni, do 10 dni nie ulega żadnym zmianom, szczególnie o ile jest przechowywana w ciemnem i zimnem miejscu. Jak stwierdziły badania, po 30 dniach szczepionka traci $^{29}/_{30}$ swych prątków żywych i nie nadaje się do celów praktycznych, zawierając zbyt małą ilość żywych prątków

Według przyjętej zasady szczepionkę podaje się trzykrotnie po 2 cm^3 doustnie w łyżeczce pokarmu na $^{1}/_{2}$ godz. przed karmieniem w ciągu pierwszych 10 dni po urodzeniu dziecka. Obecnie termin ten przestaje odgrywać poważniejszą rolę, gdyż, jak stwierdza szereg doświadczeń, prątki BCG przenikają przez nabłonkową wyściółkę jelit także po 10 dniach, a nawet u dorosłych (Küster i Elkes, Cantacuzène, Nasta, Weber). O ile doświadczalnie, powyższe zostanie potwierdzone, wiek szczepionego nie będzie odgrywał roli, natomiast zawsze należy zwracać uwagę na wiek szczepionki, nie stosując starszej ponad 10 dni.

Odczyn ustroju po podaniu szczepionki BCG.

Według współczesnych poglądów odporność w gruźlicy znacznie się różni od odporności w innych schorzeniach zakaźnych i przypomina swym charakterem odporność w kile, zimnicy, gorą-

czce maltańskiej piroplazmozach i t.p., a występuje jedynie wtenczas, jeżeli w ustroju istnieją żywe prątki gruźlicy zlokalizowane i unieruchomione przeważnie w gruczołach chłonnych, powodując tem samem szereg zmian histologicznych.

Z chwilą ustania współżycia prątków lub innych z wymienionych wyżej drobnoustrojów z tkankami, odporność znika i możliwe się staje powtórne zakażenie. Z powyższego wynika, że odporność w gruźlicy nie jest właściwą odpornością w potocznem znaczeniu, nie jest immunizacją, lecz *premunizacją*, według określenia Sergent'a.

Wyrazem odporności przeciwgruźliczej są te zmiany tkankowe w ustroju, które powstają pod wpływem prątków gruźliczych. Skala rozwojowa tych zmian zależy od stopnia zjadliwości prątków oraz ich liczby i przedstawia się zwykle w postaci pospolitego gruzełka, którego dalszy rozwój zależy od wyników walki ustroju z prątkami.

Podobne zupełnie zjawiska obserwuje się po sztucznem zakażeniu prątkami BCG. Symbjoza prątków BCG z tkankami doprowadza do powstania nacieku i gruzełka, który jednakże nigdy nie ulega zserowaceniu i dalszemu rozwojowi, lecz po pewnym czasie następuje całkowite *restitutio ad integrum*. Po zakażeniu występuje również szereg zmian w cieczach tkankowych, jak zmiany w odczynie Biernackiego, monocytoza z długotrwałą leukocytozą, lekkie przesunięcie *hemogramu* w lewo, zmniejszenie się stosunku limfocytów do monocytów — *L/M*, słowem występują pewne zmiany, jako wyraz odczynu ustroju na wtargnięcie prątków BCG. Badania przeprowadzone na zwierzętach stwierdzają, że podanie prątków BCG powoduje powstawanie odporności przeciwgruźliczej, gdyż niemożliwe jest ponowne zakażenie — ustrój staje się niewrażliwy na ponowne wtargnięcie prątków zjadliwych. Calmette uważa, że szczepienie prątkami BCG powoduje w ustroju występowanie pewnych (opisanych wyżej) zmian tkankowych, których całokształt został przez niego nazwany „*becegitis*“: są to te łagodne zmiany gruźlicze. które po pewnym czasie cofają się całkowicie, lecz które w okresie swego istnienia powodują odporność przeciwgruźliczą. Dla swego rozwoju „*becegitis*“ wymaga 25—30 dni, okres czasu zalecany przez Calmette'a dla izolacji noworodków zaszczepionych.

Jakie są kryterja odporności przeciwgruźliczej? Obecnie ścierają się dwa poglądy. Jedni badacze uważają, że alergja ustroju w stosunku do tuberkuliny jest dowodem istniejącej odporności, inna zaś grupa z Callmette'em na czele sądzi, iż stan alergiczny jest tylko wyrazem zaszłego zakażenia, pewnej symbjozy prątków z układem

limfatycznym, bez wytwarzania swoistych zmiam anatomicznych — gruzełków. Według Calmette'a i jego szkoły odporność występuje jedynie wtenczas, kiedy w tkankach oraz w cieczach ustrojowych zjawiają się swoiste zmiany anatomiczne.

Alergja może istnieć bez odporności i naodwrót odporność może występować bez alergji.

Jedynym dowodem odporności przeciwgruźliczej jest niewrażliwość nstroju na powtórne zakażenia i tylko dane porównawcze na zwierzętach, bądź też dzieciach szczepionych w zestawieniu z nieszczepionemi pozwalają wykryć obecność odporności po zaszczepieniu prątkami B C G.

Szczepienia B C G. i alergja tuberkulinowa.

Szereg autorów przeważnie niemieckich twierdzi, że doustne podawanie szczepionki BCG jest bezkuteczne i nie sprowadza odporności w stosunku do gruźlicy. Podstawą ich rozumowania jest rzekomy brak odczynu alergicznego u dzieci szczepionych. Jednakże ścisłe badania bardzo wielu autorów stwierdziło, że stan alergji po szczepieniu BCG występuje, istnieje pewien okres czasu i może prędzej bądź później znikać. Najbardziej przekonywające są badania Heimbecka, dotyczące dorosłych pielęgniarek, przeznaczonych do oddziałów gruźliczych, które po zupełnie pewnem stwierdzeniu, że są całkowicie zdrowe oraz niezakażone gruźlicą, zostały zaszczepione prątkami BCG; w sześć — osiem tygodni po szczepieniu u wszystkich odczyn turbelkulinowy wypadł dodatnio. Natomiast 12, które nie zgodziły się na szczepienie, służyły za kontrolę. Z nich 4 wkrótce zapadły na gruźlicę.

L. Bernard zbadał 2 grupy dzieci, żyjących w jednakowych warunkach zupełnej izolacji od gruźlicy i stwierdził, że u dzieci nieszczepionych odczyny tuberkulinowe wypadły ujemnie, natomiast szczepione w 56% reagowały dodatnio. Szczepienie podskórne. stosowane przez Weill-Hallé, Parisota i Salenza, Troisier, Develay'a, Weiss-Roudinesco, Wallgrena większej liczbie osób różnego wieku, stwierdziły, że u wszystkich po pewnym czasie tuberkulinowy odczyn ujemy zmieniał się na dodatni. Przytoczymy również tablicę zestawioną przez W Jasińskiego *). Na podstawie danych Weill-Hallé i Turpina.

*) Prof. dr. Wacław Jasiński. Szczepienie ochronne BCG w świetle krytyki—Pam. Wil. Tow. Lek. 1929.

Wiek dzieci	% dodatnich odczynów turberkulinowych w otoczeniu wolnem od gruźlicy		% dodatnich odczynów tuberkulinowych w środowisku zakażonem
3 miesiące	2,5 %	8,5 % *)	11,00 %
6 miesięcy	4,1 %		16,6 %
9 „	5,8 %		25,9 %
12 „	7,6 %		26,6 %
15 „	7,4 %	28,2 % *)	44,4 %
18 „	12,9 %		50,0 %
21 „	20,0 %		— —
24 „	28,0 %		60,0 %
Liczba zbadanych dzieci	623		168

Jak można sądzić z powyższego zestawienia, dzieci szczepione reagują mniejwięcej w tych samych granicach odsetkowych, co i dzieci nieszczepione różnica jest nieznaczna, natomiast dzieci szczepione ze środowiska zakaźnego dają znacznie większy od przeciętnego odsetek dodatnich odczynów. Znane są przypadki, w których pierwotnie dodatni odczyn na tuberkulinę znikał po kilkunastu miesiącach, lecz po pewnej przerwie znowu występował jako dodatni. W tych przypadkach należy sądzić, że pierwotnie dodatni odczyn zależał od współżycia tkanek ustroju z prątkami BCG, zanik jego prawdopodobnie był rezultatem wydalenia prątków, natomiast ponowne wystąpienie dodatniego odczynu świadczyłoby o wtargnięciu prątków gruźlicy zjadliwej.

Obecnie niemal wszyscy autorzy skłaniają się ku temu, że szczepienia BCG powodują występowanie alergji, niemal równie często, jak u dzieci zakażanych drogą zwykłą zjadliwemi prątkami. Ciekawe byłoby zestawienie posiadanych danych z wynikami, które można uzyskać od tuberkuliny BCG, prawdopodobnie w tym wypadku odsetka dodatnich odczynów u szczepionych byłaby znacznie większa. Szczególnie doniosłe znaczenie będą miały dane spośród środowiska niezakażonego gdyż odpadną wówczas wszystkie przypadki dodatniego odczynu, powstałego na tle zakażenia zjadliwemi prątkami, względnie wskutek mięszanej infekcji.

Jedyny usprawiedliwiony zarzut, który można zrobić statystyce BCG, to zbyt wielka matematyczna dokładność w stosunku do dzieci szczepionych.

---

*) Są to odsetki dodat. odczynów tuberkulinowych w/g danych Calmett'a u dzieci nieszczepionych, w/g Pirqueta cyfry te są mniejsze mianowicie 3 i 2%%.

Jeżeli stosować odczyn Mantoux, to liczba dodatnich wyników u dzieci szczepionych podnosi się do 47,61% i 85,05% czyli występuje znacznie częściej, niż u dzieci nieszczepionych z takiegoż środowiska, mianowicie 3% i 6,8%. Słowem, stojąc na stanowisku autorów niemieckich, którzy uważają, że alergja towarzyszy odporności, musimy stwierdzić, że prątki BCG sprowadzają alergję a więc i odporność w stosunku do gruźlicy. Ścisłe bardzo badania, przeprowadzone w tym kierunku przez Debré, Lelonga i Pictet'ównę pod kierunkiem prof. L. Bernarda, stwierdziły, że odporność po pierwszem szczepieniu noworodka trwa do pięciu lat. Jest to jednakże okres maksymalny, który mógł być osiągnięty jedynie w warunkach wyjątkowych, w jakich się dzieci znajdowały (*placement familiale des Tout-Petits*). W zwykłych warunkach okres ten jest o wiele krótszy, i jak stwierdzają pierwotne badania Calmette'a, utrzymuje się do dwóch lat; dla tych właśnie względów poleca Calmette rewakcynowanie w wieku 1 roku, 3, 7 i 15 lat. Rewakcynacja, podobnie jak i pierwsze szczepienie, może być dokonana drogą doustną wobec stwierdzenia, że śluzówka układu pokarmowego jest przepuszczalną dla prątków BCG.

Doustne szczepienia są zupełnie nieszkodliwe i mogą być dokonywane bez uprzedniej kontroli stanu alergicznego, jednakże daleko idąca ostrożność, a co zatem idzie — ścisłe badanie kliniczne i rentgenologiczne jest zalecane i pożądane. Rewakcynacja przeto winna się odbywać u osób, które co do stanu zdrowia a szczególnie zainfekowania prątkami zjadliwemi nie nasuwają żadnych wątpliwości.

Nieszkodliwość szczepionki BCG została potwierdzona przez liczne badania sekcyjne;—w samej tylko Francji badania pośmiertnego dokonano w 400 zgórą przypadkach. Dane te upoważniają do szerszego stosowania szczepionki BCG jako środka nieszkodliwego, lecz zdolnego uodpornić ustrój przeciwko gruźlicy, a przeto wydatnie zmniejszającego śmiertelność dzieci z gruźlicy. Stosowanie szczepionki BCG nie powoduje żadnych zaburzeń ze strony ustroju zaszczepionych naworodków, które rozwijają się nie gorzej od dzieci nieszczepionych, jednocześnie stają się one bardziej odporne w stosunku do niektórych schorzeń w wieku dziecięcego — koklusz, odra, zapalenie płuc i t. p.

Szereg badaczy uważa, że szczepionka BCG nadaje ustrojowi zaszczepionemu nie tylko odporność przeciwko gruźlicy, lecz również pewną odporność nieswoistą, która według Ascoli'ego występuje dzięki t. z. *anachorezie*; autor rozumie przez to stan ustroju, jaki obserwujemy po aseptycznych ropniach — *abcès de fixation*. Podobne

fakty były znane już od roku 1894-go, kiedy R. Pfeiffer stwierdził, że zastrzyknięcie św. morskiej normalnej ludzkiej lub końskiej surowicy sprowadza pewną odporność w stosunku do przecinkowca cholery. Zjawisk takich znamy wiele, lecz nie zwracano na nie większej uwagi. Wymienimy tutaj tylko niektóre o znaczeniu ogólniejszem mianowicie: Schiavone w 53 przypadkach stwierdził, że szczepienia krowianki ospowej przerywały krztusiec, Busson stwierdził dobroczynny wpływ krowianki na wściekliznę zwierząt; de Sanctis Monaldi i Ninni przekonali się że szczepienia BCG uodparniają ustrój w stosunku do zakażenia wąglikiem; Hirayama stwierdził podobne zjawisko po zakażeniach błonicą lub paciorkowcami; Valtis i Markianos zauważyli dodatni wpływ BCG na gojenie się owrzodzeń u szczurów zarażonych trądem.

Tą właśnie, nieswoistą odpornością możnaby objaśnić spadek ogólnej śmiertelności u dzieci szczepionych BCG, które wskutek tego stają się bardziej odporne na zakażenia.

Dla kilku miejscowości Francji, w których akcja szczepień BCG odbywa się pod ścisłą kontrolą okresową, cyfry śmiertelności ogólnej tak się przedstawiają:

Ogólna śmiertelność dzieci do roku spadła:

w La Rochelle	z	9,6%	do 6,3 %
w Fecamp	„	8,5%	do 5,06 %
w Luneville	„	12,8%	do 6,2 %
w Thaun	„	10,7%	do 5,15 %
w Brest	„	18 %	do 4,5 %

Przekonamy się, że w innych państwach również obserwowany jest stały spadek ogólnej śmiertelności dzieci szczepionych obok zmniejszenia się liczby zgonów z gruźlicy (patrz tablicę). Ogólnie zaś biorąc, na 443.656 noworodków, zaszczepionych poza Francją do listopada 1932 r., przeciętna śmiertelność wynosiła u dzieci do roku:

u szczepionych **7,9%**

u nieszczepionych **15,3%**,

czyli u szczepionych była niemal dwukrotnie mniejsza. Cyfry te przemawiają na korzyść stosowania szczepionki BCG i to nietylko w środowisku gruźliczem, lecz wogóle u noworodków, gdyż musimy się w obecnych warunkach pogodzić z faktem, że prędzej czy później dziecko ulega zakażeniu gruźlicą zjadliwą, która częstokroć kończy się katastrofalnie.

Rozpowszechnienie szczepień BCG.

Obecnie poza Francją szczepienia BCG są stosowane w 46 państwach.

We Francji akcja ta jest prowadzona systematycznie na większą skalę, między innemi do września 1932 r. tylko w rodzinach lekarskich zaszczepiono 514 noworodków, z których 60 przebywało w stałym kontakcie z prątkami, 43 zaś z osobami podejrzanemi o gruźlicę. Z ogólnej liczby 514 dzieci, zmarło siedmioro czyli 1,3% w tej liczbie jedno dziecko na zapalenie opon mózgowych podejrzane jako gruźlicze; i w tym przypadku śmiertelność z gruźlicy wyniosłaby zaledwie 0,19%. Przeciwko tym cyfrom można wysunąć zarzut, że dotyczą one środowiska lekarskiego, a więc klasy sytuowanej dobrze, tak pod względem materjalnym jak i higjenicznym. Lecz zarazem statystyka ta jest dowodem zaufania jakiem darzą szczepionkę BCG sfery lekarskie Francji. Obecnie we Francji szczepionka jest stosowana u mniej więcej co piątego noworodka, u 10.700 osób miesięcznie, zaś ogółem do listopada 1932 r. zaszczepiono 508.098 noworodków z czego na poszczególne lata przypada:

w 1924 r. od lipca	850
w 1925 r. cały rok	4328
w 1926 r. „ „	14654
w 1927 r. „ „	37529
w 1928 r. „ „	69644
w 1929 r. „ „	80888
w 1930 r. „ „	95869
w 1931 r. „ „	101646
w 1932 do XI mies.	102690
razem do listopada 1932 r.	508098

Cyfry te zdają się mówić wyraźnie o wciąż wzrastającem zaufaniu do szczepionki BCG. W innych państwach jest ona stosowana w mniejszym zakresie, lecz rozpowszechnienie jej stale wzrasta a w ostatnich latach nawet w Niemczech odzywają się przychylne głosy, mianowicie Zadek (Berlin) pisze... *„je regrette infiniment que nous ne puissons pas actuellment, en Allemagne, continuer de prémunir au BCG lcs nouveau nés vivant au contact tuberculeux, d'autant plus que notre pays est particuliéremnt éprouvé par la crise"*.

Dla ilustracji załączamy zestawienie liczby szczepionych oraz śmiertelności w 23 państwach po za Francją, zestawienie to opiera się na danych opublikowanych przez Instytut Pasteura w 1932 roku.

PAŃSTWO	Zaszczepiono	Śmiertelność w %% ogólna nie szczepionych		Śmiertelność w %% z gruźlicy nie szczepionych	
		ogólna		z gruźlicy	
		nie szczepionych	szczepionych	nie szczepionych	szczepionych
Algerja	11.358	18	10.9	—	1.6—0.3[1])
Belgja	5.699	22	8	—	2.2—0.3
Brazylja	10.031	16.2	11.5	25	4.8—0.26
Bułgarja	1.168	15.2	5 7	—	9 5
Czechosłowacja	2.334	14.6	3.4	—	—
Dakar (Afryka)	5.749	25	16	—	—
Danja	49	7.7	8	4.9	
Grecja	15.600	34 3	7.3	—	0.2
Hiszpanja	20.000	18.4	11.5	8.9	1.4—0.83
Holandja	614	3.1	3.9[3])	52 3	4.9
Indochiny	204.301	—	—	—	—
Jugosławja	1.062	—	—	—	—
Kanada	2.166	14 2	11.8	10.3	3.9
Madagaskar	13.784	20	11		
Niemcy	292	6.2	4.6	4.1	0.9
Polska	10.111[3])	10.9	1.5 8.3	2.7	2.5—0.7
Rumunja	100.000	20	8	19.1	5 85
Szwecja	6.184	9.3	3.8	4.5	0.9
St. Zjedn. USA	4.986	—	—	—	—
Ukraina	2.226	10	6.9	16	3
Urugwaj	12.920	10	3	—	1.3
Węgry	594	19.2	12.9	—	—
Włochy	930	12.9 8.9	9.7 6.6		

Ogółem do listopada 1932 r. w 46 państwach (poza Francją) zaszczepiono 443.656 noworodków śmiertelność ogólna 7.9% u szczepionych, śmiertelność ogólna 15.3% u nieszczepionych.

1) Pierwsza cyfra dotyczy środowiska zakaźnego, 2) dotyczy środowisk gruźliczych, 3) liczba ta do 1934 roku wzrosła dwukrotnie.

Obecnie cyfry te uległy znacznem zwiększeniu, lecz niestety nie posiadamy odpowiednich publikacji. Śmierć twórcy szczepień Calmette'a ujemnie odbiła się na akcji szczepień oraz na publikacjach z tego zakresu.

Wyniki szczepień BCG w Polsce.

Na zakończenie przytoczymy w skróceniu wyniki szczepień w Polsce do 1934 roku, posługując się materjałem zebranym na Zjeździe delegatów w dn. 10 czerwca 1934 r. w Warszawie.

W Polsce na większą skalę są prowadzone szczepienia w Lublinie, Łodzi, Pabjanicach, Poznaniu, Supraślu, Toruniu, Warszawie i Wilnie. Nie we wszystkich ośrodkach, niestety, wyniki szczepień są dokładnie opracowywane, lecz nawet środowiska, w których organizacja akcji szczepień odbiega od planu, wytyczonego przez Ogólnopolski Komitet szczepień, są z tych szczepień zadowolone i bynajmniej nie zamierzają likwidować lub hamować intensywności szczepień.

Do 1934 roku zaszczepiono w Polsce 21.742 noworodków, nie licząc Lublina i Łodzi, skąd brakowało danych, a mianowicie:

w Pabjanicach	1.512	noworodków
w Poznaniu	6.005	"
w Supraślu	306	"
w Toruniu	243	"
w Warszawie	9.427	"
w Wilnie	4.248	"
Razem	21.742	

Nie wszystkie te dzieci pochodziły ze środowiska zakażonego, jak również niewielka tylko odsetka była izolowana w ciągu przepisowego okresu po szczepieniu. W stałej styczności z prątkami przebywało 1387 noworodków co stanowi 6,3% ogólnej liczby szczepionych; spośród tych 1387 dzieci zmarło do roku z gruźlicy 35 (w tem 4 niepewne przypadki zapalenia opon mózgowych, (z Pabjanic) które jednakże wliczamy do gruźlicy) co stanowi 2,5% przeciętnie, natomiast odsetka ta w tej samej kategorji dzieci (środowisko zakaźne) stanowi dla Warszawy 21,3%; w innych miastach Polski odsetka ta nie wiele się różni prawdopodobnie, wobec czego możemy uważać, że śmiertelność z gruźlicy u nieszczepionych jest 8 i pół razy większa. Trudno przypuszczać o przypadkowości tych cyfr, które niewiele różnią się od danych z innych państw i, naszem zdaniem, są wykładnikiem wartości odpornościowej szczepionki BCG.

Ciekawy poza tem jest fakt, że pośród szczepionych nie wszystkie dzieci, które zachorowały na gruźlicę, zmarły. Pod tym względem

posiadamy dane z Poznania i Warszawy, opracowane przez Zeylandów i M. Wierzbowską, dla Wilna dane te są w opracowaniu; więc w Poznaniu na gruźlicę zachorowało 11%, zmarło 2%, w Warszawie na gruźlicę zachorowało 9%, zmarło 5,1%.

Dane te, zdaje się są, wyraźnie przekonywające o wartości szczepionki BCG, jako środka ochronnego przeciw gruźlicy.

Jeszcze ciekawsze cyfry otrzymujemy, zestawiając odsetki zmarłych szczepionych, cyfry te dla 2 powyższych miast kształtują się tak:

w Poznaniu zmarło	szczepionych	2%	nieszczepionych	6%
w Warszawie	„	5,1%	„	21,3%

Cyfry te komentarzy nie wymagają, a prawdopodobnie jeszcze bardziej przesunęłyby się na korzyść szczepionki BCG, o ile większą liczbę zaszczepionych można byłoby izolować. W Poznaniu na 5.999 noworodków zaledwie 100 było izolowanych, w Warszawie zaś na 150 przypadków zarażonych na styczność z chorymi w 1930 — 32 izolowano tylko 53 dzieci.

Nie wdając się w bliższe rozpatrywanie danych Zjazdu delegatów, podkreślimy jedynie, że wszyscy obecni przedstawiciele wypowiedzieli się za całkowitą nieszkodliwością szczepionki BCG oraz jej wartością odparniającą. Niektóre środowiska (*Supraśl*, d-r Morozowicz) podkreślają również występowanie odporności nieswoistej, mianowicie odra u szczepionych występowała znacznie rzadziej niż u nieszczepionych; stosunki te były takie:

u szczepionych	6 przypadków
u nieszczepionych	39 „

W rezultacie zebrani przyszli do wniosku, że możliwe jest szersze stosowanie szczepień BCG w Polsce, pod warunkiem stworzenia izolatorjów, któreby umożliwiły bezwzględną 4 — 5 tygodniową izolację dzieci ze środowiska zakaźnego, oraz mniej rygorystyczną izolację dzieci ze środowiska, które co do jałowości nie nasuwa żadnych wątpliwości.

Jak wynika z powyższego przeglądu szczepionka Calmett'owska zdaje się stanowić cenny wkład do arsenału przeciwgruźliczego, jedynie śmierć twórcy osłabiła cokolwiek intensywność prac nad BCG oraz zainteresowanie samą akcją szczepień. Poza Francją ośrodkiem ogromnego zainteresowania się szczepionką BCG jest Italja, w której poza szerokiem praktycznem stosowaniem dużo uwagi poświęca się zagadnieniom teoretycznym w specjalnym Zakładzie w Medjolanie pod kierownictwem Ascoli'ego *Instituto Vaccinogeno Antitubercolare* — z którego ukazują się prace w specjalnym dodatku do „*Bio-*

chimika e Terapia Sperimentale". Zakład ten w 1934 roku wydał obszerną międzynarodową bibljografję dotyczącą zagadnień związanyych z BCG i obejmującą około 1500 pozycyj. Do tej publikacji odsyłamy wszystkich interesujących się piśmienictwem dotyczącym BCG.

S. BAGIŃSKI.

12 Années de la prémunition par le BCG.

Auteur passe en revue la prémunition par le BCG de la commencement en 1921 jusqu'au 1934, dans tous les Pays se basant sur les sources publié par l'Institut Pasteur et diverses autres travaux.

SPRAWOZDANIE
z działalności Wydziału Lekarskiego
Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

w roku akademickim 1933 — 1934 r.
XV rok działalności Wydziału.

Opracował:
Prof. Dr. WACŁAW JASIŃSKI
prodziekan Wydziału.

Skład osobowy Rady i Wydziału.

Rada Wydziału Lekarskiego U. S. B. składała się w roku sprawozdawczym z 21 osób: mianowicie 10 profesorów-kierowników zakładów teoretycznych Wydziału Lekarskiego, 7 profesorów-kierowników klinik, (jedna z klinik była pod kierownictwem zastępcy) 2 profesorów-kierowników zakładów Oddziału farmaceutycznego i 2 przedstawicieli docentów (Doc. Dr. Ignacy Abramowicz i Doc. Dr. Marjan Mienicki). Dziekanem Wydziału był Prof. Chemji fizjologicznej Dr. Michał Seńkowski, prodziekanem Prof. Medycyny sądowej Dr. Sergjusz Schilling-Siengalewicz. Sekretarzem Rady Wydziałowej był Doc. okulistyki Dr. Ignacy Abramowicz.

Posiedzeń Rady Wydziałowej zwyczajnych było 20 i nadzwyczajnych 2.

Skład Rady w okresie sprawozdawczym uległ zmniejszeniu o 4 osoby. Reskryptem Ministerstwa W. R. i O. P. zostały zwinięte: I Kli-

nika Chorób Wewnętrznych i Klinika Neurologiczna, katedrę zaś Biologji ogólnej przeniesiono z Wydziału Lekarskiego na Wydział Matematyczno-Przyrodniczy. Profesorowie wymienionych zakładów i klinik a mianowicie Prof. Dr. Zenon Orłowski, Prof. Dr. Stanisław Władyczko i Prof. Dr. Jan Wilczyński zostali przeniesieni w stan nieczynny. Po otrzymaniu wiadomości, że opinja Rady Wydziałowej w sprawie utrzymania klinik i zakładu biologji nie została uwzględniona, Dziekan Wydziału Lekarskiego na posiedzeniu Rady w dłuższem przemówieniu podkreślił zasługi wymienionych wyżej długoletnich członków Wydziału i przedłożył Radzie Wydziałowej następującą rezolucję: „Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, odczuwając głęboko przejście w stan nieczynny panów profesorów: Władyczki, Orłowskiego i Wilczyńskiego, wyraża Im serdeczną wdzięczność za Ich gorliwy udział w pracy nad tworzeniem podstaw Wydziały, za stworzenie placówek naukowych, za wieloletnią pracę nad rozwojem powierzonych ich pieczy zakładów naukowych, jak również za współpracę w Radzie nad organizacją Wydziału". Rezolucję jednomyślnie przyjęto.

Asystenci i służba niższa zamkniętych klinik otrzymali ustawowe wypowiedzenie, zaś majątek został podzielony między inne kliniki i zakłady teoretyczne. Czynności I Kliniki Wewnętrznej objęła II Klinika, która od tej chwili nosi nazwę „Kliniki Wewnętrznej", czynności Kliniki neurologicznej objęła Klinika psychjatryczna, nosząca obecnie nazwę „Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych". Zakład Biologji ogólnej przeniesiono na Wydział matematyczno-przyrodniczy, a wykłady i ćwiczenia z Biologji ogólnej dla medyków zlecono Prof. dr. Janowi Dembowskiemu, powołanemu na katedrę tego przedmiotu na Wydziale matematyczno-przyrodniczym.

Oprócz tego, zamknięto pierwszy kurs Oddziału Farmaceutycznego, co stanowi początek całkowitego zwinięcia tego Oddziału.

W listopadzie 1933 roku ustąpił z katedry dermatologji kierownik kliniki dermatologicznej Prof. dr. Feliks Malinowski. Rada Wydziałowa uchwaliła zlecić wykłady dermatologji i powierzyć kierownictwo kliniki adjunktowi Doc. dr. Marjanowi Mienickiemu.

W ciągu roku akademickiego otrzymali nominacje na profesorów zwyczajnych: Prof. dr. Władysław Jakowicki, Prof. dr. Wacław Jasiński i Prof. dr. Michał Reicher.

W końcu roku akademickiego grono nauczycielskie Wydziału Lekarskiego składało się z 1 profesora honorowego (Prof. Bolesław Motz w Paryżu, nie wchodzący w skład Rady Wydziałowej), 14 profesorów

zwyczajnych, w tem 2 w stanie nieczynnym, 8 profesorów nadzwyczajnych (w tem I w stanie nieczynnym), 1 profesora tytularnego i 9 docentów. Na oddziale farmaceutycznym 1 docent.

Pomocnicze siły naukowe.

Wydział Lekarski posiadał w końcu roku sprawozdawczego 12 adjunktów, 1 inspektora ogrodu roślin lekarskich, 40 asystentów starszych i ryczałt dla asystentów młodszych w wysokości zł. 8,198,81 gr. Z ryczałtu tego Wydział opłacał: 7 p. o. starszych asystentów, 27 młodszych asystentów i 11 zastępców i 10 asystentów łącznikowych. Personel urzędniczy składał się z 8 osób, personel pielęgniarski i służbowy z 158 osób.

Wykłady zlecone prowadzili:

a) na Wydziale Lekarskim:

Prof. Dr. Kornel Michejda — po 1 godz. wykładów w trzech trymestrach z zakresu ortopedji.

Prof. Dr. Michał Seńkowski—po 4 godz. wykładów w trzech trymestrach i po 2 godz. ćwiczeń w dwóch trymestrach z chemji ogólnej dla studentów 1 roku.

Prof. Dr. Michał Reicher —po 2 godz. wykładów w 1 trymestrze z antropologji i 2 godz. wykładów w 2 trymestrach z anatomji topograficznej.

Doc Dr. Stefan Bagiński — po 1 godz. przez 1 trymestr i po 2 godz. przez 1 trymestr wykładów, tudzież po 2 godz. przez 1 trymestr i 1 godz. przez 2 trymestry ćwiczeń z zakresu cytologji ogólnej.

Doc. Dr. Marjan Mienicki — po 4 godz. wykładów i po 2 godz. ćwiczeń przez 2 trymestry z dermatologji i syfilidologji.

b) na Oddziale farmaceutycznym:

Prof. Mgr. Jan Muszyński—po 2 godz. wykładów i 4 godz. ćwiczeń przez 1 trymestr z uprawy roślin lekarskich i ustawodawstwa, po 3 godz. ćwiczeń przez dwa trymestry z botaniki, po 4 godz. wykładów przez 3 trymestry z farmacji stosowanej, po 2 godz. wykładu przez 2 trymestry z chemji toksykologicznej i sądowej.

Prof. Dr. Kazimierz Karaffa-Korbutt — po 2 godz. w dwóch trymestrach i po 1 godz. w trzecim z higjeny.

Prof. Dr. Edward Bekier — po 3 godz. wykładów w dwóch trymestrach z chemji fizycznej.

Prof. Dr. Witold Kraszewski — 4 godz. wykładów i 6 godz. ćwiczeń przez 2 trymestry z technologji chemicznej środków lekarskich.

Prof. Dr. Aleksander Safarewicz — 2 godz. wykładów i 4 godz. ćwiczeń przez 2 trymestry z nauki o środkach spożywczych.

Doc. Dr. Edward Czarnecki — po 2 godz. wykładów i 4 godz. ćwiczeń przez 2 trymestry z chemji fizjologicznej i po 2 godz. wykładów i 2 godz. ćwiczeń przez 2 trymestry z farmakodynamiki.

Mgr. Justyn Walento — po 6 godz. ćwiczeń przez 3 trymestry z farmacji stosowanej.

Mgr. Tadeusz Bodalski — 8 godz. ćwiczeń przez 2 trymestry z chemji sądowej.

Działalność poszczególnych Zakładów i Klinik.

I. ZAKŁADY TEORETYCZNE.

1. Zakład Anatomji Opisowej (Słowackiego 15).

Kierownik: prof. zwycz. dr. Michał Reicher; prosektor: dr. W. Sylwanowicz, asystenci starsi: dr. dr. B. Grabiński, J. Jodkówna, H. Murza-Murziczówna; zast. młodszych asystentów, lekarze: M. Fedorowicz, S. Narbutt. 10 wolontarjuszy (1 lekarz, 2 absolwentów medycyny, 7 studentów), 1 rysownik, 1 laborant, 2 służących, 1 woźny, 1 portjer.

Kierownik zakładu wykładał: 1) na Wydziale lekarskim: a) Anatomję opisową — 5 godz. tygodniowo dla słuchaczy I roku; b) anatomję topograficzną w 2 trymestrach po 2 godz. tyg. dla słuchaczy III roku, c) antropologję w 1 trymestrze — 2 godz. tygodniowo dla słuchaczy II roku i dla przyrodników, 2) na Wydziale Sztuk Pięknych: 1 godz. tyg. wykładów i 1 godz. ćwiczeń w ciągu 3 trymestrów dla słuchaczy I roku. Prosektor zakładu wykładał anatomję i fizjologję człowieka w wymiarze 2 godzin tygodniowo i 1 godz. ćwiczeń w ciągu całego roku dla słuchaczy Wydziału Matematyczno-Przyrodniczego.

Frekwencja na wykładach anatomji opisowej — znaczna; na wykładach anatomji topograficznej mała, wobec tego Kierownik zamierza wystąpić z wnioskiem wprowadzenia obowiązkowego colloqium z tego przedmiotu. Na ćwiczeniach frekwencja około 100%.

Prosektorjum: 15 godz. tygodniowo w 1 i 2 trym. dla słuchaczy I i II roku studjów lekarskich; pracowało 279 osób (o 28 więcej, niż w roku ubiegłym). Dobre wyniki pracy miało 69,4% studentów I roku (3 preparaty lub więcej) i 34% studentów II roku (6 preparatów lub więcej). W porównaniu z rokiem ubiegłym stwierdzono poprawę. Zwłok wpłynęło 96 (o 31 zwłok więcej, niż w roku ubiegłym), podobnie jak w latach poprzednich studenci chrześcijanie pracowali na zwłokach

osobników chrześcijańskich, zaś studenci żydzi na zwłokach osobników żydowskich (w myśl uchwały Senatu z d. 18/II-1927). Zwłok żydowskich wpłynęło o 2 więcej niż w roku ubiegłym; liczba tych zwłok jest jednak niewystarczająca i studenci żydzi zmuszeni są pracować na noworodkach żydowskich, których napływa w ostatnich latach nieco więcej. Na ćwiczenia prosektoryjne zużyto 45 zwłok, na chirurgję operacyjną (III rok) — 12 zwłok, na preparaty i szkielety 13 zwłok.

Zmiany inwentarza: Z pomocy naukowych przybyło 39 tablic, 62 książki, 2 przyrządy. Zbiory zarówno anatomiczne, jak antropologiczne powiększyły się znacznie, inwentaryzacja nie została jednak ukończona.

W roku sprawozdawczym zakład otrzymał drogą wymiany cenne okazy z Państwowego Muzeum Przyrodniczego w Wiedniu a mianowicie: 10 czaszek typu rasowego dynarskiego i alpejskiego, odlewy czaszek: człowieka przedhistorycznego z Brüx, Tasmańczyka i mieszkańca Ziemi Ognistej, reprodukcje człowieka typu Neandertalskiego.

Dotacja i kredyty nadzwyczajne pozwoliły na dokończenie nowego Zakładu, który zostanie otwarty w początku roku akad. 1934/1935. Słuchacze Wydziału Lekarskiego na wezwanie Kierownika chętnie i dzielnie dopomogli w przeniesieniu zbiorów muzealnych do nowego gmachu. Opis nowego Zakładu oraz sprawozdanie z użycia otrzymanych sum będą osobno ogłoszone.

Prac naukowych ogłoszono drukiem 5, wszystkie zostały przedstawione na XIV Zjeździe Lek. i Przyr. Pol. w Poznaniu.

2. Zakład Anatomji patologicznej.

(Antokol, Szpital Wojskowy).

Kierownik: prof. zwycz. dr. Kazimierz Opoczyński; adjunkt: doc. dr. St. Mahrburg, asystenci: dr. J. Samborski, dr. M. Sumorok, ppłk. lek. dr. L. Karyszkowski (as. łącznikowy), 1 laborantka, 3 woźnych.

Wykłady obowiązkowe obejmowały 5 godzin tygodniowo i 6 godzin ćwiczeń; prócz tego kierownik wykładał w jednym trymestrze djagnostykę anatomo-patologiczną (2 godz. tygodniowo), adjunkt zaś wyłożył kurs techniki histologiczno-patologicznej (2 godz. tygodniowo w 3 trymestrach) oraz kurs anatomji patologicznej chorób zakaźnych (1 godz. tygod. w trymestrze wiosennym).

Frekwencja na wykładach obowiązkowych 50 — 60%, na ćwiczeniach b. dobra; na wykładach teoretycznych nieobowiązkowych frekwencja mała.

Sekcyj wykonano 127; badań histologicznych dla klinik 205; poza tem przygotowywano materjał do ćwiczeń i robiono preparaty anatomiczne z ciekawych przypadków do muzeum Zakładu. Na Zjeździe Lekarzy i Przyr. Pol. w Poznaniu Zakład wziął udział w Wystawie, urządzając własne stoisko, w którem przedstawiono preparaty Zakładu. Szczególną uwagę zwróciły preparaty wykonane sposobem dc. Mahrburga. Po Zjeździe doc. dr. Mahrburg otrzymał piśmienne gratulacje od kilku wybitnych przedstawicieli nauk morfologicznych w Polsce, a również korespondował w sprawie tych preparatów z Zakładami Z.S.R.R., Niemiec i Ameryki: z Nowym Yorkiem a nawet z miastem tak od nas oddalonem, jak San Antonio w Stanie Texas.

Dotację zwyczajną użyto zgodnie z planem finansowo-gospodarczym; kredytów nadzwyczajnych Zakład nie otrzymał; zadłużeń niema.

Prac naukowych ogłoszono 2 i 2 odczyty na XIV Zj. Lek. Przyr. Polskich w Poznaniu (ukażą się w Pamiętniku Zjazdu).

3. Zakład Bakterjologji i Serologji

(Collegium im. Marsz. J. Piłsudskiego — Objazdowa 2).

Kierownik: prof. zwycz. dr. Teofil Gryglewicz; asystent starszy dr. A. Łapiński, as. młodszy dr. H. Dunin-Horkawiczowa, zastępca mł. asyst. stud. G. Markiewicz, 6 wolontarjuszy (2 doktorów, 1 absolwentka Wydz. Lek., 1 magister 2 studentów); personel służbowy: 2-ch woźnych.

Wykłady i ćwiczenia odbyły się według programu studjów; liczba zapisanych studentów: z wydziału lekarskiego 107, z oddz. farmaceutycznego 51.

Zmiany inwentarza: nabyto jedną szafę; w bibljotece przybyło 24 tomy książek i czasopism. Z funduszu opłat studenckich otrzymano 3838 zł. i 414 zł. 55 gr. z innych wpływów Zakładu.

Ogłoszono drukiem 2 prace.

4. Zakład Chemji Fizjologicznej

(Colleg. Czartoryskiego, Zakretowa 23).

Kierownik: prof. zwycz. dr. Michał Seńkowski, asystenci starsi: mgr. chemji K. Dowgielewicz-Bancewicz, mgr. chem. W. Hermanowicz; as. młodsi: mgr. chemji W. Łukaszewicz, absolwent J. Michnik, stud. med. L. Wojtulewski; pracowali jako wolontarjusze: 3 asystentów innych zakładów, 1 doktór, 1 magister i 8 studentów wyższych kursów medycyny; personel służbowy: 1 urzędnik, 1 preparator, 2 woźnych.

Wykłady i ćwiczenia prowadzono, jako wykłady obowiązkowe i zlecone według programu studjów. Liczba zapisanych studentów 290 (z 1 i 2 kursów Wydz. Lek.). Prowadzono pracownię osobną dla zaawansowanych studentów. Frekwencja na wykłady i ćwiczenia ogólnie dobra.

Nabyto 6 przyrządów do pracowni na łączną sumę 1350 zł.; w warsztatach Zakładu wykonano prostsze meble (3 przedmioty) i 120 przyrządów lub ich części na sumę 800 zł. Do bibljoteki zakupiono książek i sprowadzono czasopism na łączną sumę 2100 zł. Dotacji zwyczajnej otrzymano 8370 zł.; zadłużenie wynosi 250 zł.

Prac naukowych drukiem nie ogłaszano; wygłoszono 5 odczytów. Starszy asystent Zakładu został wysłany przez Wydział Lekarski na 3 miesiące do pracowni prof. J. K. Parnasa we Lwowie.

5. Zakład Farmakologji

(Colleg. Czartoryskiego, Zakretowa 23).

Kierownik: prof. zwycz. dr. Cezar Traczewski, asystent starszy: dr. K. Konstrym, asystent młodszy: dr. M. Bancer, 1 wolontarjusz (student); personel służbowy: 1 preparator, 1 woźny.

Wykłady i ćwiczenia odbywały się zgodnie z programem; przed ćwiczeniami słuchacze odbywali repetitorium z receptury, po ćwiczeniach colloqium. Liczba zapisanych studentów 109, wyniki pracy dobre.

Nabyto: z mebli 4 drobne przedmioty, z przyrządów i pomocy naukowych 21 przedmiotów; do bibljoteki sprowadzono 11 książek i czasopism; w rocznikach czasopism są luki.

Otrzymano dotacji 2900 zł., stan zadłużeń Zakładu wynosił 705 zł., wzrósł o 600 zł.

Ogłoszono drukiem 2 prace naukowe.

6. Zakład Fizjologji

(Colleg. Czartoryskiego, Zakretowa 23).

Kierownik: prof. zwycz. dr. Marjan Eiger, adjunkt (od 1/III-1934) doc. dr. J. Hurynowiczówna; asystent starszy: doc. dr. E. Czarnecki, p. o. starszego asyst. mgr. dr. M. Rubinsztejn, asystenci młodsi: mgr. chem. M. Januszkiewiczowa, lek. J. S. Dąbrowski; 8 wolontarjuszy (2 doktorów, 6 studentów); 5 osób personelu niższego (1 preparator, 1 mechanik. 2 woźnych stałych, 1 najemnik).

Wykłady obowiązkowe i ćwiczenia odbyły się zgodnie z programem. Nieobowiązkowo kierownik Zakładu prowadził w jednym try-

mestrze wykłady (2 godz. tygodniowo) z zakresu endokrinologji; w 2 trymestrach adjunkt miał wykłady z fizjologji i patologji roślinnego układu nerwowego, w jednym trymestrze z elektrodjagnostyki. Starszy asystent Zakładu miał zlecone wykłady z chemji fizjologicznej oraz wykłady z farmakodynamiki dla studentów Oddziału Farmaceutycznego, a na Wydziale Humanistycznym wykłady zlecone z teorji i podstaw biologicznych wychowania fizycznego.
Frekwencja na wykładach dla słuchaczy Wydziału Lek. bardzo duża, na ćwiczeniach 100%.

W dziale pomocy naukowych nabyto 3 stoliki Pflügera i otrzymano po likwidacji Kliniki wewn. wirówkę elektryczną, mikroskop oraz inne mniej wartościowe przedmioty; w dziale mebli uzupełnienia powstały tylko z podziału przedmiotów, pozostałych po likwidacji Kliniki.

Oprócz dotacji zwyczajnej 7865 zł. otrzymano 3913 zł. z funduszów Rady Wydziałowej na opłacenie rachunku za ultramikroskop z r. 1925. Stan zadłużeń Zakładu wynosi dotąd około 7500 zł.

Ogłoszono drukiem 15 prac (w tej liczbie 12 ogłosil jeden z asystentów Zakładu dr. M. Rubinsztejn, podczas 1½ rocznego urlopu naukowego, spędzonego zagranicą), wygłoszono 17 odczytów (w tej liczbie 13 przez asystenta Zakładu podczas urlopu naukowego).

7. Zakład Higjeny

(Antokol, Szpital Wojskowy).

Kierownik: prof. zwycz. dr. Kazimierz Karaffa-Korbutt, adjunkt: prof. tytul. dr. Aleksander Safarewicz, asystent starszy dr. J. Bortkiewicz-Rodziewiczowa, asystenci tytularni: dr. F. Kasperowicz, mgr. K. Rodziewicz, asyst. łącznikowy: ppłk. lek dr. A. Malinowski, od 1/V—1934 r. kpt. lek. dr. A. Kiełbiński; personel służbowy: 1 woźny.

Wykłady obowiązkowe i ćwiczenia odbywały się według programu; frekwencja na wykładach 15%, na ćwiczeniach 100%. Oprócz wykładów dla słuchaczy Wydziału Lek. kierownik Zakładu miał wykłady zlecone i ćwiczenia dla słuchaczy Oddz. Farmaceutycznego. Adjunkt Zakładu prowadził kurs obowiazkowy dla medyków p. n. „Polskie ustawodawstwo sanitarne“, oraz kurs higjeny żywienia i produktów spożywczych dla studentów 4 roku Oddz. Farmaceutycznego.

Dział pomocy naukowych powiększył się o 6 przedmiotów, bibljoteka o 41 książek i czasopism.

Zakład otrzymał dotację zwyczajną w kwocie 3900 zł. oraz 366 złotych 61 gr. dodatkowo. Zadłużeń niema.

Ogłoszono drukiem 10 prac naukowych (w tem 1 podręcznik higjeny — II wydanie), wygłoszono 4 pogadanki z higjeny w radjo i w stowarzyszeniach.

8. Zakład Histologji i Embrjologji.

(Colleg. Czartoryskiego, Zakretowa 23).

Kierownik: prof. nadzwyczajny dr. Stanisław Hiller; asystenci starsi: doc. dr. S. Bagiński, dr. J. Kruszyński, asystenci młodsi: lek. S. Gnoiński, lek. J. Sypniewski, do 1.V.34 r. od 1.V. stud. E. Waszczuk i stud. J. Pratkowska; 11 wolontarjuszy (2 doktorów, 1 lekarz, 8 słuchaczy), personel służbowy: 1 laborant, 1 woźny.

Wykończono 2 piętro nowego gmachu Collegii Anatomici i oddano je do rozporządzenia Zakładu Histologji, który umieścił tu nową salę ćwiczeń, pracownię naukową i pokój służbowy; część dawnego pomieszczenia z salą ćwiczeń przekazano Zakładowi Patologji Ogólnej, pozostały zaś lokal został odświeżony.

Wykłady i ćwiczenia odbyły się według planu studjów; oprócz obowiązkowych wykładów kierownika Zakładu, asystent starszy doc. S. Bagiński prowadził nieobowiązkowe wykłady i ćwiczenia z cytologji. Kierownik Zakładu w jednym trymestrze miał wykłady zlecone z biologji ogólnej. Frekwencja na wykładach histologji i embrjologji w 1 i 2 trym. wynosiła 80—95%, w 3 trymestrze (wiosennym) 50—70%; na wykładach biologji 30 — 50%; na ćwiczeniach frekwencja dochodziła do 100%. Szczególny nacisk położono na udoskonalenie metodyki zajęć praktycznych. Wprowadzone ćwiczenia z techniki mikroskopowej dla słuchaczy II roku cieszyły się wielkim zainteresowaniem.

Oprócz dotacji zwyczajnej (6030 zł.) Zakład otrzymał 1703 zł. na spłatę zadłużeń za nabyte przyrządy naukowe. Zakupiono nowe stoły (14) do ćwiczeń oraz umeblowanie do nowej części gmachu. W dziale przyrządów naukowych poczyniono drobne uzupełnienia przyrządów optycznych. Biblioteka powiększyła się o 9 roczników czasopism i 11 dzieł w 25 tomach. Z Kliniki psychjatrycznej otrzymano, jako depozyt aparat do mikrofotografji oraz do powiększeń i 1 wirówkę elektryczną. Ogłoszono drukiem 6 prac, wygłoszono 11 odczytów w towarzystwach naukowych (Wilno, Lwów) i na Zjeździe w Poznaniu. W okresie przerwy pomiędzy I-m a II-m trymestrem gościł w Zakładzie, zapoznając się z techniką mikrurgji, dr. Z. Grudziński, docent anatomji porównawczej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

9. Seminarjum Historji Filozofji Medycyny.

(ul. Zamkowa 24).

Kierownik — Vacat; p. o. młodszego asystenta: dr. J. Genzel. Wykłady i ćwiczenia nie odbywały się z powodu braku kierownika; z biblioteki korzystało 2 docentów i 10 doktorantów. Nabyto 3 książki, 6 roczników czasopism.

10. Zakład Medycyny Sądowej.

(Colleg. Czartoryskiego — Zakretowa 23; prosektorjum — Szpital św. Jakóba).

Kierownik: prof. nadzwyczajny dr. Sergjusz Schilling-Siengalewicz; asystent starszy dr. med. B. Puchowski, asystenci młodsi: mgr. farmacji M. Bujkówna i lekarz T. Kołaczyński, 2 wolontarjuszy (1 mgr. prawa i słuchacz medycyny, 1 słuchacz), 2 doktorantów; personel służbowy: 2 woźnych.

Wykłady i ćwiczenia odbywały się w zakresie przewidzianym przez plan studjów; nadto kierownik wykładał 2 godziny w 3-ch trymestrach dla słuchaczy Wydziału Prawa i nauk społecznych. Odremontowano salę wykładową i prosektorjum Zakładu w Szpitalu św. Jakóba. Inwentarz Zakładu powiększył się dzięki otrzymaniu po likwidacji klinik 5 przedmiotów w dziale mebli, 9 przedmiotów w dziale przyrządów i pomocy naukowych; nabyto 5 przyrządów (w tem mikrotom) oraz 13 zeszytów dzieł archiwalnych i 31 tomów dzieł naukowych; otrzymano w darze 26 tomów dzieł naukowych.

Wykonano w roku sprawozdawczym: 67 sekcyj sądowo-lekarskich, 26 naukowych; wydano orzeczeń na podstawie akt 24, badań toksykologicznych 32, badań serologicznych, histologicznych i innych 156.

Zakład otrzymał dotacji 5100 zł., miał z dochodów własnych 800 zł. Zadłużenie wynosi 4521 zł.

Ogłoszono drukiem 5 prac; kierownik zakładu wygłosił szereg odczytów na kursach przeciwgazowych dla lekarzy w Wilnie i Baranowiczach, asystent miał 2 odczyty w Tow. Lekarskiem i 2 odczyty dla słuchaczy Wydz. Prawa i nauk społecznych.

11. Zakład Patologji Ogólnej.

(Colleg. Czartoryskiego — Zakretowa 23).

Kierownik: prof. nadzwyczajny dr. Kazimierz Pelczar; asyst. starszy dr. Wł. Biełoszabski, zast. mł. asyst. słuchacze med.: S. Murza-

Murzicz, M. Kołosowski; 12 wolontarjuszy (1 dr. med., 1 dr. farm., 10 słuchaczy), 3 doktorantów; 2 osoby personelu służbowego.

Wykłady i ćwiczenia odbywały się według planu studjów (5 godz. obowiązkowych, 1 nieobowiązkowa). Otrzymano po wykończeniu Zakładu Anatomji Opisowej 4 nowe pokoje wzamian za odstąpioną temu Zakładowi część lokalu.

Inwentarz Zakładu powiększył się o 8 przedmiotów w dziale mebli, o 35 przyrządów i pomocy naukowych i o 25 książek; poza tem otrzymano 14 przedmiotów z mebli, 24 przyrządy i 177 książek po likwidacji kliniki wewnętrznej.

Dotacja zwyczajna wynosiła 5800 zł., zapomoga z Funduszu im. Pawła Tyszkiewicza z Akad. Umiejętności w Krakowie 1000 zł. Zadłużenie Zakładu wynosi 2908 zł.

Ogłoszono drukiem 12 prac naukowych, wygłoszono 14 odczytów i referatów.

II. KLINIKI

1. **Klinika chirurgiczna** (Antokol, Szpital Wojskowy).

Kierownik: prof. zwycz Dr. Kornel Michejda; adjunkt; dr. A. Zalewski, asystenci starsi: dr. W. Gilels, dr. H. Maciejewska, dr. F. Oleński; asystenci młodsi; dr. P. Baranowicz, dr. A. Lidzki, dr. A. Szczerbo; asystent łącznikowy ppłk. dr. A. Kiakszto.

Personel pielęgniarski: 7 sióstr, 2 pielęgniarzy; personel służbowy: 7 posługaczek, 1 woźny; nadetatowo Klinika opłacała: 1 laborantkę, 2 siostry, 1 mechanika, 9 posługaczek, 3 woźnych; personel pielęgniarski i służbowy liczył razem 33 osoby.

Wykłady i ćwiczenia odbywały się zgodnie z programem studjów; frekwencja na wykładach i ćwiczeniach dobra, w trymestrze wiosennym słabnie. W klinice pracowało 3 wolontarjuszy—lekarzy, odbyło praktykę 2 lekarzy. Klinika czynna była w ciągu lata 1934 roku. Inwentarz powiększył się: w dziale mebli i gospodarczym o 122 przedmioty, narzędzi operacyjnych o 27, w pracowni o 49, w bibljotece klinicznej przybyło 50 tomów, w bibljotece dla chorych 12 tomów. Zakupy w dziale książek i inwentarza operacyjnego były zbyt szczupłe z powodu braku środków.

W okresie wakacyjnym dokonano gruntownego remontu kliniki: uszczelnienie drzwi i okien, górne wentylacje, zmiana podłóg w 2 salach, tafelki w łazience, poprawa pieców, malowanie ścian.

Sprawozdanie finansowe: wpływy (z saldem z r. 1932/33): 149.255 zł. 17, wydatki 149.254 zł. 58. Saldo na 1934/35: zł. 0.59; długi kliniki wynoszą 41.770 zł. 75 gr., wierzytelności 70.335 zł. 39 gr.

Kierownik kliniki wygłosił 1 referat, demonstrowano 26 chorych.

2. Klinika chorób nerwowych i umysłowych

(Szpital Państwowy, Letnia 5).

Kierownik: prof. nadzw. dr. Maksymiljan Rose; asystenci starsi: dr. Z. Bojarczykówna, dr. W. Jakubiańcówna, dr. A. Kulikowska (do 1/X — 33), dr. A. Ossendowski (od 1/III — 1934, dr. A. Rutkowski; asystenci młodsi: dr. J. Adach (od 1/III — 1934), dr. J. Gołąb (do 1/IX — 33), dr. M. Marzyński (od 1/III — 34), dr. J. Paradowski (od 1/III — 1934) i 2 hospitantów. Personel pielęgniarski i służbowy 18 osób.

Wykłady obowiązkowe i ćwiczenia z neurologji i psychjatrji prowadzono według programu studjów; frekwencja do 100%.

W związku z przyłączeniem do Kliniki psychjatrycznej b. kliniki neurologicznej oraz z likwidacją 1 kliniki wewnętrznej inwentarz Kliniki powiększył się w dziale mebli o 557 przedmiotów, w dziale narzędzi i pomocy naukowych o 509 przedmiotów, w bibljotece o 1249 tomów. Nabyto aparat rentgenowski, polomierz i aparat do badania przemiany podstawowej.

W roku sprawozdawczym zakończono budowę jednopiętrowego budynku murowanego, przeznaczonego do celów gospodarczych i na mieszkania lekarzy (3 pokoje); dawny budynek gospodarczy przerobiono na oddział dla chorych nerwowych o 40 łóżkach; postawiono nowy budynek do zdjęć filmowych i fotograficznych, dokonywanych w celach naukowych i dydaktycznych; przeniesiono kancelarję do oddziału dla spokojnych chorych, rozszerzono bibljotekę i mieszkanie dyżurnych lekarzy. Poza tem urządzono na terytorjum szpitala i kliniki centralę telefoniczną do połączeń z miastem i wewnętrznych. Teren szpitalny został upiększony przez założenie nowych trawników i kwietników, wysadzenie dróżek żywopłotem i ustawienie większej liczby ławek.

W należącym do Szpitala Państwowego majątku Kojrany utworzono drogą przebudowy oddział szpitalny dla 80 chorych, 12 osób personelu i 1 lekarza; prócz tego, przebudowano gruntownie budynki gospodarcze i administracyjne, przeprowadzono wodociąg i kanalizację oraz instalację oświetlenia elektrycznego, poza tem uzupełniono inwentarz żywy i martwy i uprawiono dalsze tereny, stojące dotąd ugorem.

Fundusze na powyższe cele otrzymano częściowo z Ministerstwa Opieki Społecznej, częściowo zaś z kredytów Państwowego Szpitala Psychjatrycznego.

Klinika otrzymała dotację: z § 10—10.000 zł., z § 15—15.000 zł. z F. O. S. — 1965 zł.

Prac naukowych ogłoszono drukiem 5, referatów, pokazów i odczytów, nieogłoszonych drukiem było 8.

3. Klinika dermatologiczna

(Antokol, Szpital Wojskowy).

Kierownik: w. z. adjunkt doc. dr. Marjan Mienicki, asystenci starsi: dr. S. Fedosewicz, dr. E. Sawicki, as. łącznikowy: mjr. dr. Cz. Ryll-Nardzewski; pracowało w klinice 2 hospitantów i 2 wolontarjuszy. Personel niższy 10 osób.

Wykłady obowiązkowe odbywały się według programu; wykłady i ćwiczenia nieobowiązkowe: 1 godzina wykładu w 3 trymestrach, ćwiczenia grupowe w 2 trymestrach. Frekwencja około 70%. Uzupełniono bibljotekę nabywając dzieła podstawowe (wydane przez prof. Jadassohna) oraz czasopisma krajowe i zagraniczne.

Otrzymano dotacji zł. 1800, z F. O. S. zł. 1208, oraz 1724 zł. na opłacenie długu za aparat Finsena, ciążącego na klinice od r. 1929.

Klinika posiada wierzytelności 9893 zł. 10 gr., zobowiązań na sumę 1109 zł. 97 gr.

Prac naukowych ogłoszono drukiem 10, referatów i odczytów, nie ogłoszonych drukiem było 3, pokazów 39.

4. Klinika Dziecięca

(Antokol, Szpital Wojskowy).

Kierownik: prof. zwycz. dr. Wacław Jasiński, adjunkt: dr. E. Gerlée, asystenci starsi: dr. H. Kaulbersz-Marynowska, dr. J. Zienkiewicz, p. o. asyst. starszych (z ryczałtu): dr. P. Lidzka, dr. A. Trusiewiczówna, as. łącznikowy kpt. dr. K. Korolkiewicz; asystenci tytularni: dr. E. Iszora, dr. Z. Michejdzina, dr. R. Szadowska; asystentów hospitantów 6, wolontarjuszy 3; odbyło praktykę 8 lekarzy. Personel pielęgniarski: 12 sióstr, służbowy 7 osób (6 osób płatnych z sum klinicznych).

Wykłady obowiązkowe odbyły się w liczbie zwiększonej w celu uzupełnienia braków, wytworzonych wskutek urlopu naukowego profesora w r. 1932 33; wprowadzono na trymestrze XVI dodatkowe ćwiczenia z djetetyki niemowląt (2 godz. tygodniowo), w trymestrze

jesiennym ćwiczenia grupami (6 godz. tygodniowo); w trymestrze wiosennym kurs szczepień ospy (z ćwiczeniami). Frekwencja na wykładach i ćwiczeniach b. dobrą.

W okresie wakacyjnym dokonano gruntownego remontu reszty przyległego do kliniki korytarza i utworzono z niego oddział izolacyjny na 6 łóżek. Remont został dokonany z dotacji nadzwyczajnej, udzielonej przez Jego Magnificencję Rektora U. S. B.

Inwentarz powiększył się w dziale mebli o kilkanaście przedmiotów, otrzymanych po likwidacji 1 kliniki wewnętrznej; biblioteka powiększyła się o 7 dzieł i 17 roczników czasopism, prócz tego, otrzymano 24 tomy dzieł i 15 odbitek z biblioteki b. 1 kliniki wewnętrznej. W dziale pomocy naukowych nabyto 4 przedmioty, otrzymano 7; poza tem uzupełniono szkło, odczynniki, barwiki, oraz materjał sanitarny.

Klinika prowadziła nadal Stację opieki nad matką i dzieckiem (częściowo subsydjowaną przez Ministerstwo Opieki Społecznej) oraz samowystarczalną Kolonję leczniczą dla dzieci im. Jędrzeja Śniadeckiego w Druskienikach; w kolonji tej leczono w roku sprawozdawczym 136 dzieci.

Dotacji zwyczajnej otrzymano (z § 10, 15 i F. O. S.) ogółem 10.800 zł.; wierzytelności kliniki wynoszą 11.872 zł. 49 gr., stan zadłużenia 9.682 zł. 50 gr.

Prac naukowych ogłoszono drukiem 10, referatów i odczytów, nieogłoszonych drukiem było 12, pokazów 17.

5. Klinika oczna

(Antokol, Szpital Wojskowy).

Kierownik: prof. zwycz. dr. Juljusz Szymański, adjunkt doc. dr. I. Abramowicz, asystent starszy: dr. S. Markiewicz, asyst. młodsi: dr. M. Dulewiczowa, dr. M. Reginisówna, asyst. łącznikowy — kpt. dr. E. Rittler; 5 wolontarjuszy, 1 doktorant. Personel pielęgniarski i służbowy — 6 osób.

Wykłady obowiązkowe i ćwiczenia odbyły się zgodnie z programem studjów; nadobowiązkowo 1 godz. wykładów w trymestrze jesiennym. Frekwencja 70%. Pod kierownictwem dyrektora kliniki znajdują się lotne oddziały przeciwjaglicze, zorganizowane przez Polski Czerwony Krzyż na terenie pow. Wileńsko-Trockiego i Święciańskiego.

Inwentarz powiększył się nieznacznie w dziale mebli; z pomocy naukowych i narzędzi nabyto 1 lampę szczelinową Comberga i aparat do diatermji; do biblioteki przybyło 3 tomy.

Dotacji otrzymano zł. 4190 i z. F. O. S. 450 zł.; wierzytelności kliniki wynoszą 8.007 zł. 84 gr., zadłużenie (po skreśleniu długu w Szpitalu Wojskowym) 1559 zł. 39 gr.

Prac naukowych ogłoszono drukiem 5, referatów i odczytów nieogłoszonych drukiem było 2.

6. Klinika oto-laryngologiczna

(Antokol, Szpital Wojskowy).

Kierownik: prof. zwycz. dr. Jan Szmurło, asystenci starsi: doc. dr. T. Wąsowski, doc. dr. B. Dylewski (płatny z ryczałtu), asyst. młodsi: dr. J. Mazurek, dr. N. Wołkowyski; asyst. łącznikowy dr. P. Rozwadowski (do 1/V — 34 następnie asystent tytularny), kpt. dr. B. Gołyński (od 1/V — 34), 2 doktorantów. Personel pielęgniarski i służbowy: 14 osób (4 płacono z sum klinicznych).

Wykłady i ćwiczenia obowiązkowe odbyły się według programu; wykłady nieobowiązkowe (docentów) w ciągu całego roku. Frekwencja na wykładach znaczna, na ćwiczeniach prawie 100%. Doc. Dylewski miał wykłady z dziedziny fizjologji i patologji mowy dla słuchaczy Wydz. Humanistycznego oraz Wydz. Prawa i nauk społecznych.

Dokonano remontu ogólnego (ścian, tynków, pieców) oraz pomalowania kliniki. Inwentarz: w dziale mebli nabyto 2 szafy, kilka naczyń i utensyljów kuchennych; w dziale narzędzi i pomocy naukowych nabyto kilka przyrządów (stoboskop, przyrząd do przetaczania krwi; ezofagoskop) i modeli. Biblioteka powiększyła się o 14 roczników czasopism polskich i zagranicznych.

Dotację otrzymano w kwocie 7543 zł. i F. O. S. 1700 zł.; zaległości kliniki wynoszą 5.151 zł. 85 gr.

Prac naukowych ogłoszono drukiem 12, referatów i odczytów nieogłoszonych drukiem było 13, pokazów 8.

7. Klinika położniczo-ginekologiczna

(Bogusławska 3, gmach własny).

Kierownik: prof. zwycz. dr. Władysław Jakowicki, adjunkt: doc. dr. W. Zaleski, asystenci starsi: dr. H. Bujwid-Dźwillowa, dr. G. Gordon, dr. J. Ryll-Nardzewska; asyst. młodsi: dr. J. Rydzewska, dr. J. Szelhaus; hospitantów i wolotarjuszy 4; personelu pielęgniarskiego, administracyjnego i służbowego 31 osób.

Wykłady obowiązkowe, ćwiczenia i internat słuchaczy odbyły się według programu studjów; poza tem w XI-tym trym. prowadzono systematyczne wykłady fizjologji ciąży, porodu i połogu, w XII trym.

z histologji narządu rodnego i patologji szczegółowej chorób kobiecych, w XIII trym. z patologji porodu i połogu (seminarjum położnicze). Słuchacze są obowiązani opracować 2 historje chorób. Frekwencja słuchaczy dobra; nieodpowiednia sala wykładowa nie pozwala na wyzyskanie materjału klinicznego. Praktykę lekarską w klinice odbyło 7 lekarzy; poza tem wykonano w Klinice 2 prace doktorskie.

Remont kliniki dotyczył ustawienia nowego kotła do ogrzewania centralnego; instalacja ogrzewania w niedługim czasie ulec musi zupełnej zmianie.

Inwentarz kliniki: w dziale mebli nabyto stół, stołki, szafkę, taborety i kocioł do nagrzewania borowiny; w dziale przyrządów i pomocy naukowych: nabyto 8 aparatów do badań klinicznych, z 1 kliniki wewnętrznej otrzymano polarymetr i refraktometr; wykonano 150 tablic do wykładów.

Dochody kliniki wyniosły 90.714 zł. 73 gr. (w tem dotacja 14.180, z F. O. S. 1770); wydatki: 72.154 zł. 53 gr. Klinika nie posiada zadłużeń, wierzytelności kliniki przekraczają dwadzieścia tysięcy zł.; saldo użyte będzie na gruntowny remont ogrzewania centralnego, którego koszt wyniesie 14000 zł.

Prac naukowych ogłoszono drukiem 4, referatów i odczytów nieogłoszonych drukiem było 6, pokazów 10.

8. Klinika wewnętrzna
(Antokol, Szpital Wojskowy).

Kierownik: prof, zwycz. dr. Aleksander Januszkiewicz; adjunkt kliniki: dr. M. Gojdź, adjunkt Oddziału radjologicznego: dr. St. Januszkiewicz; asystenci starsi: dr. J. Klukowski, dr. Wł. Krotow, dr. W. Łobza, dr. E. Salitówna, dr. Z. Waśniewska (od 1/III — 34); asyst. młodsi: dr. Z. Golczyński, dr. J. Śmigielski; asyst. łącznikowy: mjr. dr. Z. Marynowski; hospitantów i wolontarjuszy 9. Personel pomocniczy, pielęgniarski i służbowy 33 osoby (w tej liczbie 14 płatnych z sum klinicznych).

Wykłady obowiązkowe na wszystkich kursach prowadził kierownik kliniki; w trymestrze jesiennym 10 godzin, w zimowym i wiosennym 12 godz. tygodniowo; ćwiczenia rozszerzono, wprowadzając dodatkowo na kursie III metody badania z zakresu rentgenologji i elektrokardiografji. Frekwencja na III roku stale dobra, na IV i V w trymestrze wiosennym wyraźnie słabsza. Praktykę lekarską odbyło 9 lekarzy.

Remont polegał na urządzeniu 1 separatki, rozszerzeniu kuchni i gabinetu przyjęć w poradni oraz na odświeżeniu ścian i podłóg.

Inwentarz kliniki powiększył się przez włączenie znacznej części

inwentarza I kliniki; etatowa liczba łóżek została podniesiona o 7 (do 82 łóżek). W dziale mebli nabyto (prócz otrzymanych z I kliniki) około 50 przedmiotów za sumę 2787 zł.; w dziale aparatów i pomocy naukowych kilka aparatów i szereg drobnych przedmiotów za sumę 732 złotych. Bibljoteka powiększyła się o 658 dzieł (w tem 598 z I kliniki wewn.), prenumerowano 44 czasopisma. Ulepszono katalog zbiorów kliniki; prócz tego, biblioteka prowadzi jeden z 3 egz. katalogu książek całego Wydziału.

Oddział radjologiczny Kliniki Wewnętrznej, wyodrębniony w myśl uchwały Wydziału i zezwolenia M. W. R. i O. P. i zobowiązany do pracy również dla innych klinik (za zwrotem kosztów własnych), został wyposażony w nowoczesny całkowicie ochronny aparat do głębokiej terapji (f. Philipps) z kompletem tubusów do naświetlań za 35,000 zł. Oddział otrzymał również aparat uniwersalny b. I kliniki z szeregiem lamp, statywów i sprzętu dodatkowego; ponadto klinika nabyła w roku sprawozdawczym szereg przyrządów na sumę 13,262 zł. 80 gr. Oddział radjologiczny otrzymał etat adjunkta, starszego asystenta i siostry.

Dotacja kliniki wyniosła 990 zł. (§ 15) i z F. O. S. 850 zł.; wydatki swe klinika pokrywała z wpływów za leczenie chorych. Klinika nie posiada zadłużeń, wierzytelności kliniki wynosiły (w czerwcu 1934) 27,158 zł. 34 gr.

Prac naukowych ogłoszono drukiem 14 (w tem 5 prac z Oddz. Radjologicznego), referatów i odczytów nieogłoszonych drukiem było 11, pokazów 11. Poza tem asystenci i hospitanci referowali artykuły z pism zagranicznych do Nowin Lekarskich.

9. Poliklinika stomatologiczna.

(Antokol, Szpital Wojskowy).

Kierownik: dr. med. Eugenjusz Mancewicz, asyst. łącznik. kpt. lek. den. W. Jordański, 4 wolontarjuszy, 1 siostra.

Wykłady odbyły się według programu; ze względu na szczupłe pomieszczenie liczbę godz. ćwiczeń w grupach powiększono do 13 tygodn.; frekwencja na wykładach od 30 do 95%, na ćwiczeniach od 80 do 100%.

Inwentarz w dziale mebli powiększono o 5 foteli operacyjnych, 2 aparaty, szafę i maszynę do pisania; w dziale narzędzi o szereg drobnych przedmiotów; nabyto 12 płaszczów lekarskich i 24 ręczniki. W bibliotece przybyło 7 roczników prenumerowanych czasopism.

Dotacja wraz z dochodami własnymi wyniosła 5720 zł., zadłużenie wynosi 450 zł.

Kierownik wygłosił 3 refer. naukowe w Związku lekarzy dentystów.

Ruch chorych w Klinikach Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

KLINIKA	Liczba chorych	Dni pobytu	Liczba operowanych	Liczba badań i zabiegów	Liczba porad w przychodni	UWAGI
Chirurgiczna . .	1310	24327	975	prześwietlań i zdjęć roentgenowskich 1419	3521	1) Klinika była czynna w ciągu lata. 2) przeciętny stan dzienny 67 chorych. 3) przeciętny pobyt chorego 18,5 dni.
Chorób nerwowych i umysłowych .	366	—	—	346	—	
Dermatologiczna .	170	4800	—	L. zabiegów leczniczych 1942 L. badań 900	po raz pierwszy 718 powtórnych 5026	
Dziecięca	682	11208	—	naświetlań 2584 (badań w pracowni)	633	Stacja opieki nad matką i dzieck. . . . . porad . . . . wizyt higjenistyki. W Druskienik. leczono (Kolonja 136 dzieci.
Oczna	280	4380	452	218	po raz pierwszy 2416 powtórnych 9033	
Oto-laryngologiczna	475	6100	878	778	po raz pierwszy 3993 powtórnych 3124	Poradnia dla chorych z wadami mowy i głosu 360 po raz I-szy 61 powtórnych
Położniczo-ginekologiczna . . .	750	12769	264	260 zabiegów 240 wygrzew. 868 badań w pracowni	po raz pierwszy 830 powtórnych 1082	Poradnia dla ciężarnych: porad 1-raz 130 „ powtórn. 97
Wewnętrzna .	1154	17870	—	prześwietlań i zdjęć roentgenow. 8319 naświetlań lecznicz. 470	1817	Badań chemicznych 2900 Badań w pracowni około 6000
Poliklinika stomatologiczna . . .	3818	—	1967	Zdjęć rentg. 252 Halio i termoterapja 1020 Protetyka 49	Lecz. zachowawcze 530. Porad bez zab. 103 Opatrunków 9[illegible]0	

III. ODDZIAŁ FARMACEUTYCZNY.

W okresie sprawozdawczym uruchomiono pełne studja farmaceutyczne według czteroletniego programu, t. j. wprowadzono przedmioty, obowiązujące dla IV kursu, jakto: technologję chemiczną środków lekarskich, chemję toksykologiczną i sądową, naukę o środkach spożywczych, farmakodynamikę i historję farmacji. Egzamin z chemji farmaceutycznej za zgodą M. W. R. i O. P. przeniesiono po czwartym roku studjów.

W okresie sprawozdawczym wskutek zawieszenia wpisów I kurs farmacji nie był czynny. Stan liczebny na pozostałych kursach był następujący:

II kurs: 51 osób, III kurs: 34 osoby, studjujące według nowego programu i 15 osób, odrabiających zaległe pracownie z programem 3-letniego, IV kurs: 40 osób, — razem 140 osób. Z liczby powyższej uzyskało stopień magistra farmacji 38 osób; ogółem, od czasu wskrzeszenia Uniwersytetu Stefana Batorego Oddział farmaceutyczny wydał 313 dyplomów magistra farmacji.

Praca Oddziału ześrodkowała się w 2 osobnych zakładach: farmakognozji i hodowli roślin lekarskich oraz chemji farmaceutycznej.

1. Zakład Farmakognozji i Hodowli roślin lekarskich

(Colleg. im. Marszałka J. Piłsudskiego) Objazdowa 2.

Kierownik: prof. nadzw. mgr. Jan Kazimierz Muszyński. Inspektor ogrodu: doc. dr. W. Strażewicz. Adjunkt: mgr. J. Welento, asystenci starsi: mgr. T. Bodalski, mgr. P. Oficjalski (farmacja stosowana), asystent młodszy: mgr. W. Stec; 1 ogrodnik, 1 laborant, 1 pomocnik ogrodnika, 1 woźny.

Wykłady i ćwiczenia obowiązkowe obejmowały: farmakognozję (5 godz. wykładów, 6 godzin ćwiczeń, w 3 trymestrach), uprawę roślin leczniczych (4 godz. wykład., 4 godz. ćwiczeń w 1 trymestrze); ćwiczenia z analizy surowców sproszkowanych (w 2 trymestrach dla III k.) i z farmakognozji z hodowlą roślin (4 god. tyg. w 1 trymestrze dla III kursu). Ustawodawstwo (1 godz. tyg. w 1 trym.). Historja farmacji (2 godz. tyg. w 2 trym. dla IV k.). Wykłady nieobowiązkowe (docenta). Badanie chemiczne środków leczniczych 2 godz. tyg. w 3 trymestrach. Wykłady i ćwiczenia zlecone: Farmacja stosowana (4 godz. tyg. w 3 trymestrach i 6 godzin ćwiczeń). Botanika lekarska (3 godz. tyg. w 3 trymestrach). Chemja i toksykologja sądowa (2 godz. tygodniowo w 2

trymestrach i 8 godz. ćwiczeń w 2 trymestrach). Frekwencja na wykładach i ćwiczeniach 90 — 95%.

Inwentarz powiększył się o gazomierz, otrzymany w darze od Wil. Kom. L. O. P. P. Do biblioteki nabyto 85 dzieł za 1929 zł. 53 gr. Kolekcja muzealna powiększyła się o 73 egz.

Dotacja zwyczajna (łącznie z sumą przeznaczoną dla Farmacji stosowanej) wyniosła 6204 zł., nadzwyczajna 460 zł. Zadłużenie zakładu (za książki) wynosi 1670 zł.

Program prac zakładu dotyczy badania roślin leczniczych (zioła ludowe z Wileńszczyzny i nadsyłane z innych części Polski) oraz aklimatyzacji w Polsce ziół egzotycznych. W okresie sprawozdawczym wykryto nieznane dotychczas składniki w różnych gatunkach widłaków (prof. Muszyński). Wykonywano analizy i wydawano orzeczenia o surowcach roślinnych dla władz sądowych i urzędów państwowych (Min. Opieki Społecznej i Min. Rolnictwa). Zakład udzielał wiadomości w sprawach produkcji roślin leczniczych w Polsce różnym osobom i instytucjom z zagranicy. Urządzono 2 kursy zielarskie: dla instruktorów rolnych i pań domu. Kierownik Zakładu wykładał na 4 kursach z zakresu gazów bojowych.

Prac naukowych ogłoszono drukiem 6, odczytów nieogłoszonych drukiem 1.

Ogród Roślin Lekarskich wydał w roku sprawozdawczym dwunasty z rzędu katalog nasion, zarodników i roślin żywych, zebranych w Ogrodzie Roślin Lekarskich U.S.B. obejmujący 101 rodzin i 916 gatunków. Katalog ten wysłany był do 109 ogrodów i zakładów botanicznych krajowych i zagranicznych. Na podstawie katalogu otrzymano 75 zapotrzebowań na nasiona i sadzonki, które wysłano. W drodze wymiennej Ogród otrzymał 50 katalogów i 40 przesyłek z nasionami z różnych ogrodów botanicznych. Korespondencja w sprawie roślin leczniczych obejmowała 182 listów i przesyłek krajowych, zawierających sadzonki i nasiona. Sadzonki rzadszych roślin, których aklimatyzacja pożądana jest w Polsce, udzielone były bezpłatnie Stacjom Doświadczalnym Ministerstwa Rolnictwa, a nasiona i sadzonki różnych roślin leczniczych szkołom M. W. R. i O. P.

Dotacje na ogród wynosiły 1285 złotych. Wyremontowano i rozszerzono szklarnię ogrodową, zniwelowano powyżej 30 arów i założono dreny oraz 5 nowych cembrowin dla roślin wodnych. Rozszerzono uprawę żółtych odmian soji, mianowicie C. S. S. na około 700 m.^{2} i wczesnej puławskiej na 400 m.^{2}, oraz czarnej jagody na 500 m.^{2} W dziale doświadczalnym rozpoczęto pracę nad selekcją

rozmaitych gatunków naparstnicy, zwłaszcza Digitalis purpurea i Digitalis lanata, oraz Valeriana: wydzielono 2 odmiany Ephedra vulgaris, znacznie różniące się zawartością alkaloidów, rozpoczęto selekcję lawendy i lukrecji, oraz kontynuowano doświadczenia nad cytwarem.

Ogród Roślin Lekarskich U. S. B. posiada największe w Polsce plantacje doświadczalne Hydrastis canadensis, Gentiana lutea, Rhamnus purshiana, Bergenia crassifolia i Glycyrrhiza. Na III Targach Północnych i Wystawie Lniarskiej w Wilnie Ogrodowi Roślin Lekarskich przyznano złoty medal.

2. Zakład Chemji Farmaceutycznej

(Colleg. im. Marszałka J. Piłsudskiego, Objazdowa 2).

Kierownik: prof. nadzw. inż. Władysław Karaffa-Korbutt, asyst. st. dr. farm. M. Chorzelska, asyst. mł. mgr. A. Filemonowicz. 1 woźny.

Wykłady i ćwiczenia obowiązkowe odbyły się zgodnie z programem; prowadzono nieobowiązkowe wykłady z chemji gazów bojowych. Frekwencja na wykładach 30%, na ćwiczeniach 100%.

Inwentarz powiększył się o 4 przyrządy w dziale pomocy naukowych; do biblioteki przybyło 80 książek i roczników.

Dotacja zwyczajna wraz z saldem i sumą, otrzymaną na spłatę długów (444 zł. 20 gr.), wyniosła 4343 zł. 73 gr. Zadłużeń Zakład nie posiada.

Prace Zakładu dotyczyły metod badania preparatów farmaceutycznych, chłonności różnych gatunków ziemi względem gazów trujących, badania różnych gatunków szkła oraz zastosowania lampy kwarcowej do badań farmaceutycznych. W pracach prócz personelu wzięło udział 8 zaawansowanych studentów.

Prac naukowych ogłoszono drukiem 3.

Wykaz prac naukowych profesorów, docentów i asystentów.

Doc. Dr. I. **Abramowicz**. 1. Uszkodzenie oka zarodnikami grzyba. Klinika Oczna 1933. zesz. IV. 2. O przyczynie prążkowatości promienistej soczewki. Tamże. 3. Z kliniki porażeń nerwu okoruchowego. Tamże. 4. O zastosowaniu collargolu w biomikroskopji rogówki. Tamże. 5. Przyczynek do obrazu biomikroskopowego tylnej powierzchni tęczówki. Tamże.

Doc. Dr. St. **Bagiński**. 1. Spodografja nowa gałąź w histologji. Wszechświat, 1934. 2. Spodographie des ovaires — Bulletins d. Histol. Appl. 1934.

Dr. K. **Bieliński**. Hosp. Kl. Dermatol. Przypadek kiły surowiczo-opornej Lekarz Wojsk. 1933.

Dr. J. **Bortkiewicz-Rodziewiczowa**. St. asyst. Zakładu Higjeny. 1. Wpływ wysokiej ciepłoty powietrza zewnętrznego na ustrój ludzki. Pamiętnik Wil. T-wa Lek. 1934. 2. Zmiany w adoptacji oka przy zmęczeniu. Tamże, 3. Wpływy ciepłoty wody, w której się ogrzewa zbiornik katatermometru, na wielkość H i H1. Medycyna 1934.

Dr. J. **Borysowicz**. St. asyst. Kliniki Neurologicznej. i Dr. **Achmatowicz**. Ord. Szpit. Św. Jakóba. Sympatykotomja około - tętnicza i przecięcie żyły udowej w przypadku gangraena juvenilis angiospastica. Pol. Gaz. Lek. 1924.

Dr. farm. **M. Chorzelska**. St. asyst. i Mgr. **A. Filemonowicz**. Mł. asys. Chemji Farmaceutycznej. Analiza i preparatyka farmaceutyczna. Str. 368, wydanie Zw. Zaw. Farm. Prac. Warszawa 1934.

Doc. dr. **E. Czarnecki** i Doc. dr. **J. Hurynowiczówna**: W sprawie określania chronaksji nerwów błędnych u królików przez skórę. Warsz. Czasop. Lek. 1933.

Dr. **J. S. Dąbrowski**. Mł. as. Zakł. Fizjologji. Podstawy fizjologiczne mięsienia. Wilno 1934.

Doc. Dr. **B. Dylewski**. 1. Czynnościowe przytępienie słuchu w przebiegu ostrych i przewlekłych schorzeń ucha. Pam. Wil. T-wa Lek. 1933. 2. Wady mowy i głosu w szkołach wileńskich i walka z temi cierpieniami na terenie Wilna. Wychowanie Fizyczne 1934. 3. Broncholaryngoskop. Udoskonalona rura bronchoskopowa, Pol. Przegląd oto-laryng.1933. 4. Podśluzowe rozszczepienie podniebienia twardego, a niedorozwój innych narządów. Tamże.

Dr. **H. Dunin - Horkawiczowa**. Mł. asyst. Zakładu Bakter. i Serologji. O aglutynacji laseczników Banga. Pam. Wil. T-wa Lek. 1933.

Dr. **S. Fedosewicz**. St. asyst. Kl. Dermatolog. 1. Zmiany we krwi i w czynności skóry w wyprysku. Przegląd Dermatol. 1934. 2. Allergja i immunizacja ustroju w przebiegu chorób zakaźnych, skórnych i wenerycznych (odczyny allergiczne, a oddziaływanie układu śródbłonkowo - siateczkowego). Pam. Wil. T-wo Lek. 1934.

Prof. Dr. **T. Gryglewicz**. W sprawie twardzieli nosa. Polska Gazeta Lekarska. 1934.

Prof. Dr. **St. Hiller**. Contribution à la connaissance de la structure intime de l'hypophyse du cheval C. R. Ac. Pol. Sc. et Lett. Avril 34.

Doc. Dr. **J. Hurynowiczówna**. 1. W sprawie zjawisk włosoruchowych. Neurol. Pol. 1933.

Prof. dr. **W. Jakowicki**. II - gie pięciolecie Kliniki Położniczo - Ginekologicznej U. S. B. Pam. Wil. T-wa Lek. 1933.

Prof. Dr. **A. Januszkiewicz**. Objawy pierwotnej niedrożności żyły śledzionowej. Nowiny Lekarskie. 1933.

Dr. **St. Januszkiewicz**. St. asyst. Kliniki Chorób Wewnętrznych. 1. Sprawozdanie z dwumiesięcznego pobytu na studjach w Centralnym Instytucie Rentgenologicznym w Wiedniu i 3-tyg. kursie Radiologji w Warszawie. Pam. Wil. T-wa Lek. 1933. 2. Znaczenie badania radjologicznego w rozpoznaniu i leczeniu wrzodu żołądka. Medycyna. 1933. 3. Kamica trzustki w obrazie radjologicznym. Zagadnienie ruchomości oddechowej trzustki. Medyc. 1934. 4. Badania radjologiczne opuszki dwunastnicy. Tamże.

Dr. **St. Januszkiewicz** i dr. **L. Pomeranc** wol. kl. Chorób Wewnętrznych. Przyczynek do kliniki nerki podkowiastej. Medycyna. 1933.

Prof. Dr. **W. Jasiński**. 1. Wrażenia z wycieczki naukowej zagranicę. Pam. Wil. T-wa Lek. 1933. 2. Podstawy do oceny rozwoju fizycznego dzieci na kolonjach letnich. Lekarz kolejowy 1934 i osobne wydanie. 3. O leczeniu kiły wrodzonej.

Pedjatrja Polska. 1934. 4. Albert Calmette i Emile Roux. Wspomnienia pośmiertne. Pam. Wil. T-wa Lekarsk. 1924.

Prof. Dr. K. **Karaffa Korbutt.** Higjena. Kurs uniwersytecki, II wydanie J. Zawadzki. Wilno, 1934.

Prof. Inż. W. **Karaffa - Korbutt.** 1. Wpływ sterylizacji na stężenie jonów wodorowych w roztworach do wstrzykiwań. Kron. Farmac. 1934. 2. Nadtrucizny (recenzja).. Kron. Farmaceut. 1934.

Dr. J. **Klukowski.** St. asyst. Kliniki Wewn. 1. Sprawozdanie z pobytu na studjach we Francji. Pam. Wil. T-wa. Lek. 1933. 2. Ciśnienie średnie. Nowiny Lekarskie. 1933. 3. Badanie stanu gruczołów dokrewnych metodą interferometryczną w gośćcu stawowym. Nowiny Lekarskie. 1933.

Dr. K **Kontrym.** St. asyst. Zakładu Farmakologji. Słonecznik roczny lek przeciwzimniczy. Pam. Wil. T-wa Lek. 1934.

Dr. H. **Kaulbersz - Marynowska.** St. asyst. Kliniki Dziecięcej. 1. Etudes sur quelques proprietés physicochimiques des fruits et l'influence du regime aux pommes sur l'equilibre acidobasique. Acta Pediatr. 1933. 2. Wrażenia z pobytu w zagranicznych klinikach i szpitalach dziecięcych oraz zakładach naukowych. Pedjatrja Polska. 1934.

Dr. F. **Kasperowicz.** Asyst. tytul. Zakładu Higjeny. 1. 25-lecie Miejskiej Pracowni badania żywności. Pam. Wil. T-wa Lek. 1933. 2. Badania napojów chłodzących, wyrabianych w Wilnie. Medycyna. 1934. 3. O zastosowaniu callophanu do badań wstępnych masła. Tamże.

Dr. T. **Kołaczyński.** Mł. asyst. Zakładu Medycyny Sądowej. Czy urazowy krwotok śródczaszkowy. Czasopismo Sądowo - Lekarskie. 1934. 2. Podejrzane o samobójstwo zejście śmiertelne, jako wynik połknięcia ciał obcych. Tamże.

Dr. J. **Kruszyński.** St. asyst. Zakładu Histologji. 1. Entwicklung, Cytologie u. Histochemie d. Knorpel u. d. chondroiden Gewebe d. Auges d. Sepia (Sepia officinalis) Zeitschr. f. Zellforsch. 1933. 2. A propos de l'élimination du nucleole. Cytologia (Tokio). V. 1933. 3. Recherches cytochimiques dans la cellule nerveuse incinerée C. R. Acad. Pol. d. Sc. et d. Lettr. 1934.

B. **Krzywobłocki.** Wol. Zakładu Patologji Ogólnej: 1. Rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w odwróconym wstrząsie anafilaktycznym. Pam. Wil. T-wa Lekarskiego.

Dr. H. **Kulikowska.** Wol. Zakładu Bakterjol. i Serologji: Przyczynek do dyssocjacji paciorkowca zieleniejącego. Pam. Wil. T-wa Lek. 1933.

M. **Kuczarow.** Wol. Zakładu Patologji Ogólnej: Wpływ heparyny na zdolność rezorbcji adrenaliny przez krwinki czerwone. Pol. Gazeta Lek. 1933 i Klinische Wochenschr. 1934.

A. **Lewinson.** Wol. Zakładu Patologji Ogólnej: Rola heparyny w procesie in vitro. Pol. Gazeta Lek. 1934.

Dr. W. **Łobza.** St. asyst. Klin. chorób wewn. 1. Sprawozdanie z pobytu w celach naukowych i praktyczno-lekarskich w Zakładzie wodoleczniczym D-ra Żniniewicza w Poznaniu. Pam. Wil. T-wa Lek. 1933. 2. Przypadek choroby Banga Nowiny Lek. 1934. 3. O działaniu wody na ustrój ludzki z uwzględnieniem wieku dziecięcego. Lek. kolej. z 2/34.

Dr. R. **Łuczyński.** B. mł. asyst. Klin. Położn. Ginek.: Nowotwór macicy histologicznego typu nadnerczaka. Ginekol. Pol. 1934.

Dr. J. **Mazurek.** Mł. asyst. Kliniki Uszno-gardl.: Współczesne poglądy na zakażenie zarazkami Plaut-Vincent'a Pam. Wil. T-wa Lekarsk. 1934 r.

Dr. F. **Meinemer.** Wol. Zakładu Patologji Ogólnej: Własności odczulające przeciwwstrząsowe i odtruwające wody ze źródła Nr. 7 w Busku. Medyc. 1934.

Doc. Dr. M. **Mienicki.** 1. Erythema perstans Jadassohn (lupus eryth. ac.) Przegląd Dermatol. 1934. 2. Próby wykrywania stanów allergicznych w niektórych schorzeniach skóry (metodą eterową Barbera). Pam. XIV Zjazdu Lek· i Przyrod. w Poznaniu 1933. 3. I-sze 10-cio lecie Kliniki Dermatologicznej U. S. B. w Wilnie Pam. Wil. T-wa Lek. 1934. 4. The Position of Catalase in the Blood of Patients with Tuberculosis of the skin when subjected to a Salt-Free Diet. The Urologie and Cutaneous Review T. 38—1934.

Doc. Dr. M. **Mienicki** i Dr. Cz. **Ryll-Nardzewski.** Asyst. Kliniki Dermatol: 1. Du Psoriasis Provoqué. Annal. de Dermat. et de Syphiligraphie 1934. 2. O łuszczycy wywołanej. Dalsze studjum nad łuszczycą jako stanem allergicznym. Przegl. dermat. 1933.

Doc. Dr. M. **Mienicki** i Dr. B. **Krzywobłocki.** Wol. Zakładu Patol. Ogólnej: Case of Hypersensitiveness toward Quinine and Attempts at Transferring this State to Animals. The Urologie and Cutaneous Review. 1934.

Dr. H. **Murza-Murzicz.** St. asyst. Zakładu Anatomji Opisowej. Mięśnie pochyłe u noworodka i u dorosłego. Prace T-wa Przyjaciół Nauk w Wilnie. Tom. 8.

Prof. Dr. J. **Muszyński.** 1. Co to są zioła lecznicze. Polski Czerwony Krzyż. 1934. 2. Leki roślinne i tak zwana kuracja ziołowa. Med. Praktyczna. 1934.

Prof. Dr. J. **Muszyński** i T. **Bodalski.** Asyst. Zakładu Farmakognoz. Falsyfikat szałwji na rynku polskim. Kron. Farmac. 1934.

Prof. Dr. J. **Muszyński** i P. **Oficjalski.** Asyst. Zakładu Farmak. Digitalis, przyczynek do systematyki rodzaju digitalis i badania polskiego surowca. Wiad. Farmac. 1934.

Prof. Dr. K. **Opoczyński.** 1. O pseudolimfogranulomatozie. Pamiętnik XIV Zjazdu Lek. Prz. 1933. 2. Przyczynek do nauki o dusznicy bolesnej. Tamże.

Prof. Dr. K. **Pelczar.** 1. Uber den Einfluss von Kephalin und Heparin auf die Antikörperbildung. Klin. Wochenschr. Nr. 42, 1933. 2. Allergia nel Cancro. Referat wygłoszony na III nar. Zjeździe ogólnowłoskim w Rzymie i ogłoszony drukiem w sprawozdaniach Zjazdu. 3. Fattori lipoidici nella terapia del cancro. Jak wyżej. 4. Le rôle de cephaline dans la therapie de tumeurs malignes. Referat na międzynarodowym Zjeździe przeciwrakowym w Madrycie, ogłoszony w sprawozdaniach Zjazdu. 5. Zaburzenia wieku dojrzewania. Lekarz Kolejowy. 1934. 6. Uwagi dyskusyjne (a) o zawartości protrombiny w surowicy chorych rakowatych, b) o nowej reakcji skórnej u chorych rakowatych i c) o zastosowaniu reakcji Kumagai i Janabashi przy raku) do referatu prof. A. H. Roffo, Diagnostico biologico del Cancer. Sprawozdanie Zjazdu przeciwrakowego w Madrycie.

Prof. Dr. K. **Pelczar** i Dr. W. **Biełoszabski.** 1. Die Kalteausflockungsreaktion von Kumagai und Janabashi in den Untersuchungen über die Immunität bei bösartigen Neubildungen. Bullet. de L'Academie Pol. de Sc et de Lettres Juin-Decembre. 1933. 2. Die Bedeutung der Kaltausflockungsreaktion von Kumagai und Janabashi für die Serodiagnostik des Krebses. Bull. de L'Ac. Juin-Decembre 1933.

Dr. B. **Puchowski.** St. asyst. Zakł. Medycyny Sądowej. Schorzenie samoistne jako przyczyna wypadku śmiertelnego przy pracy. Czasopismo Sądowo-Lekarskie. 1934. Zesz. 2.

Prof. Dr. M. **Reicher**. 1. O grupach krwi u Karaimów Trockich i Wileńskich. Pam. XIV Zjazdu Lek. i Przyrodn. w Poznaniu. 2. Niektóre cechy anatomiczne szczątków królewskich z Bazyliki Wileńskiej. Tamże.

Dr. mgr. **Rubinsztejn**. 1. Action de l'adrenaline sur les échanges azotés au cours du jeune. (Wspólnie z prof. **L'abbé**) Bullet. de la Soc. Terap. 1933. 2. Antagonisme entre l'adrenaline et l'insuline dans le domaine des échanges azotés (wspólnie z prof. H. Labbé). Bull. de la Therap. 3. 1932. Action de l'adrenaline sur le échanges azotés (wspólnie z prof. **Labbé**). Acad. des Sciences Paris. 1933. 4. Evolution du ph des courbes de neutralisation et des coefficientampon des constituants de l'oeuf de poule pendant l'incubation. Arch. Physique Biologique XI. 1933. 5. Action de l'adrenaline sur les échanges respiratoires C. R. Soc. Biol. 1933. (wspólnie z Prof. **Labbé**). 6. Action de l'insuline sur les échanges respiratoires C. R. Soc. Biol. 1933. 7. Action de l'atropine sur les échanges respiratoires C. R. Soc. Biol. 1933. 8. Action de la pilocarpine sur les échanges respiratoires C. R. Soc. Biol. 1933. 9. La réserve alcaline et le chlore sanguin au cours de l'anémie provoquée du chien. Le sang t. VIII. 1933. 10. Rate et hypertermie provoquée. (wspólnie z Prof. **Binetem**). C. R. Soc. Biol. Paris. 1933. 11. O znaczeniu wątroby w przemianie wodnej. Pam. Wil. T-wa Lek. 1934. 12. Badanie sprawności czynnościowej wątroby. Studja nad hyperglykemją adrenalinową u człowieka. War. Czas. Lek. 1934.

Prof. Dr. M. **Rose**. 1. Volumenbestimmung der architektonischen Zentren im Endhirn des Menschen mittels Wage. Journal f. Psych. u Neurologie. 1933. 2. Die Topographie der architektonischen Felder der Groshirnrinde am Kaninchenschädel (wspólnie z dr. **Stellą Rose**.) Ibidem. 3. O indywidualnych własnościach kory mózgowej u ludzi. Rocznik Psychjatr. 1933. 4. Rwa kulszowa i jej leczenie. Lekarz Wojskowy, t. 23. 1934.

Dr. **Cz. Ryll-Nardzewski**. Asyst. Kliniki Dermatologicznej Dr. **E. Klemczyński** b. Asyst. Klin. Położniczo-Giniekolog. Zachowanie się odczynu Abderhaldena w niektórych schorzeniach skóry. Sprawozdania z XIV Zjazdu Lek. i Przyrod. w Poznaniu. 1933.

Prof. Dr. **A. Safarewicz**. 1. Zanieczyszczenie powietrza miast. Sam. Miejski. 1933. 2. Tkaniny lniane pod względem higjenicznym. Przegląd lniarski. Wilno, 1934. 3. Zapadalność na tyfus brzuszny w Wilnie w l. 1929 — 1933. Medycyna. 1934.

Dr. **E. Salitówna**, St. asyst. Kl Wewn. 1. Azocica ostra. Nowiny Lekarskie 17. 1933. 2. Niedokrewność złośliwa w oświetleniu materjału Klin. Wewn. U. S. B. Nowiny Lekarskie. 1934.

Dr. **J. Samborski**. St. asyst. Zakładu Anat. Patolog 1. O roli wstawek i o znaczeniu fragmentacji mięśnia sercowego. Prace T-wa Przyjac. Nauk. 2. Gruźlica, a rak. Pam. Wil. T-wa. Lek. 1934.

Prof. Dr. **S. Schilling - Siengalewicz**. 1. Toksykologja sądowo-lekarska. T. II, część organiczna. Wydanie Koła Medyków U. S. B. 1934/35.

Dr. **M. Segal**. Wol. Kl. Wewn. Wartość kliniczna wykrywania deuterofosforyny w stolcu. Medycyna. Nr. 15. 1933.

Doc. Dr. **W. Strażewicz**. Badanie porównawcze niektórych gatunków i odmian kozłka lekarskiego na zawartość i jakość olejku. Arch. Chem. i Farm. T. 84. Z. III.

Dr. **W. Sylwanowicz.** Prosektor Zakł. Anatomji Opisowej. 1. Metody stosowane przy konserwacji szczątków królewskich z Bazyliki Wileńskiej. Pam. XIV Zjazdu Lek. i Przyrod. 1933. 2. O zastawkach układu żył nieparzystych. Prace T-wa Przyj. Nauk w Wilnie. T. VIII.

Prof. Dr. **J. Szmurło.** 1. Niebezpieczeństwa naświetlań X i radem w dziedzinie otolaryngologji. Pol. Przegl. Otolaryngolog. 2. Cierpienia nosa, gardła i uszu na terenie szkoły. Pam. XIV Zjazdu Lek. i Przyrod. 1933.

Prof. Dr. **C. Traczewski** wspólnie z Dr. **Totwenem** i Doc. Dr. **Wąsowskim.** Przyczynek do kliniki w farmakologji Eucodalu Merck'a. Pam. Wil. T-wa Lek. 1934.

Doc. Dr. **T. Wąsowski.** 1. Kilka uwag w sprawie leczenia posocznico - ropnicy pochodzenia usznego. Nowiny Lekarskie. 1934. 2. Przyczynek do sprawy powstawania paradoksalnego oczopląsu poobrotowego. Medycyna. 1934. 3. Gazy bojowe, a górny odcinek dróg oddechowych. Medycyna. 1934. 4. W sprawie powstania czopów woszczkowych w uchu. Pol. Przegląd Otolaryngolog. 1934.

Mgr. **J. Welento.** St. asyst. Zakładu Farmakognozji. Kwiat arniki i jego zafałszowania na rynku polskim. Wiad. Farmac. Nr. 31. 1933.

Dr. **M. Wołkowyski.** Mł. asyst. Klin. Usznej. Lampa czołowa własnego pomysłu. Pol. Przegl. Otolaryngol. 1934.

Dr. **E. Wyganowski.** Wol. Zakładu Higjeny. Badanie higjeniczne śmietany wileńskiej. Pam. Wil. T-wa Lek. 1934.

Doc. Dr. **W. Zaleski.** 1. W sprawie rozpoznawania i leczenia adenomyosis. Ginekol. Polska. 1933. 2. Wpływ ciąży na zachowanie się wszczepionego pod gruczoł mleczny rogu macicy u królików. Pam. Wil. T-wa Lek. 1933.

Dr. **J. Zienkiewicz,** St. asyst. Kliniki Dziecięcej. 1. Bismut w leczeniu kiły wrodzonej u dzieci. Pedjatrja Polska. 1934. 2. Przypadek ograniczonego surowiczego zapalenia opon mózgowych po nasłonecznieniu. Pedj. Polska. T. XIV. Z. 2. 3. Przypadek ropnia mózgu u niemowlęcia. Nowiny Lekar. Z. 21. 1933. 4. Przyczynek do gruźlicy nerek u dzieci. Nowiny Lekarskie. 1933.

Wykaz referatów, odczytów i pokazów nie ogłoszonych drukiem.

Doc. Dr. **I. Abramowicz.** 1. O poruszaniu się mas soczewkowych podczas akomodacji. 2. Ophtalmplegia internuclearis. Odczyty w Wileńskim T-wie Lekarskim. 3. O gruźlicy oka. Wykład dla lekarzy kursu przeciwgruźliczego. 4. O objawach oczu w chorobach ogólnych. Wykład dla lekarzy szkolnych.

Doc. Dr. **I. Abramowicz** i Doc. Dr. **T. Wąsowski.** w Wil. T-wie Lekarskiem. 1. Związek czynności dróg łzowych ze zmianami w nosie. 2. Zespół nosoworzęskowy.

Doc. Dr. **I. Abramowicz** i Doc. Dr. **Zaleski.** Odmiana odczynu Zondeka na królikach. Od. w Wileńskiem T-wie Lekarskiem.

Doc. Dr. **S. Bagiński.** 1. Badania nad mineralnemi składnikami jajników niektórych zwierząt ssących. Odczyt na XIV Zjeździe Lek. i Przyrod. i Wil. T-wie Anat. Zool. 2. Badania nad przenikaniem prątków B. C. G. przez śluzówkę przewodu pokarmowego zwierząt dorosłych. Odczyt na pos. Wil. T-wa Anat. Zoolog. 3. Zmiany histologiczne w jajnikach pod wpływem lipaminy. Wil. T-wo Lekarskie. 4. Szczepienie przeciwgruźlicze B. C. G. w świetle 12 letnich badań. Wil. T-wo Lekarskie.

W. Bohdanowiczówna i **S. Murza - Murzicz.** Wol. Zakładu Patologji ogólnej. Wpływ witaminy B na zawartość wapnia i magnezu w tkankach gołębi. Na XIV Zjeździe Lek. i Przyrod. w Poznaniu.

Dr. **I. Borysowicz.** 1) O guzach mózgu pochodzenia gruźliczego. XIV Zjazd Lek. i Przyrod. w Poznaniu. 2. Rozpoznanie i leczenie guzów przysadki mózgowej z pokazami chorych. Wil. T-wo. Neurologiczne.

Dr. **M. Burak.** Przyczynek do rozpoznawania dusznicy bolesnej. Wil. T-wo Lek. i internistów.

Doc. Dr. **E. Czarnecki.** Podstawy racjonalnego wychowania fizycznego. Odczyt w Sali Śniadeckich U. S. B.

Mgr. **K. Dowgielewicz.** St. asyst. Zakładu Chemji Fizjologicznej. 1. O zdolności utleniania się hemoglobiny krwi różnych zwierząt w świetle równania Hill'a. Wil. T-wo Lek. 2. Ciężki wodór, ciężka woda i jej własnoćci fizjologiczne. Wil. T-wo Lek. 3. O biogenetycznych pierwiastkach chemicznych. Wileńsk. T-wo Lek. 4. O chronometrycznej metodzie oznaczania jodków w płynach ustrojowych. 5. Przemysł i wiedza chemiczna w zastosowaniu bojowem. P. C. K. w Głębokiem i Dziśnie. 6. Wykłady z chemji gazów bojowych. Na kursie dla lekarzy.

Doc. Dr. **B. Dylewski.** 1. Udoskonalone szczypczyki chirurgiczne. 2. Agranulocytoza a otolaryngologja. 3) W sprawie postępowania lekarza praktyka w przypadkach ciał obcych w przełyku. (Referaty do druku).

Dr. **H. Długi.** Hosp. Klin. Położ. - Ginekol. 1. Przypadek ciąży śródmiąższowej, operowany z powodu rozpoznania ciąży pozamacicznej. 2. Nadciśnienie w ciąży porodzie i połogu. 3. Porównawcze badania refraktometryczne krwi matki, płodu i krwi pozałożyskowej. Referaty na pos. Wil. T-wa Lekarskiego i Ginekologiczn.

Dr. **E. Gerléé.** Adjunkt Klin. Dziec. Przyczynek do kliniki zwężenia i skurczu odźwiernika. Pol. T-wo Pedjatryczne.

Prof. Dr. **St. Hiller.** Dalsze badania nad rozwojem i czynnością przednerczy u płazów. Ref. XIV Zjazdu Lek. i Przyrod.

Prof. Dr. **St. Hiller** i Doc. Dr. **St. Bagiński.** Spodograficzne badania nad regeneracją u płazów. Ref. XIV Zj. Lek. i Przyr. Pol.

Dr. **F. Hanac - Bloch.** Doktorant. Zakł. Medyc. Sądowej. Rozmieszczenie ciał tłuszczowych w wątrobie u noworodków żywo i martwo urodzonych jako podłoże do t. zw. próby życiowej. XIV Zjazd Lek. Przyrod.

Doc. Dr. **J. Hurynowiczówna** i Doc. Dr. **T. Wąsowski** Zmiany pobudliwości nerwu błędnego przy sztucznie wywołanym zakrzepie żyły szyjnej. Wil. T-wo Lek.

Prof. Dr. **W. Jakowicki.** 1. Pokaz preparatu mięśniaka macicy uszypułowanego wychodzącego z więzadła okrągłego prawego. Tow. Lekarskie. 2. Pokaz preparatu guza jajnika ze skrętem szypuły 5-krotnem T-wo Lekarskie. 3. Pokaz preparatu ciąży trąbkowej 5-tygodniowej T-wo Lekarskie. 5. Pokaz chorej po powtórnem cięciu cesarskiem. T-wo Lek. 5. Pokaz preparatu macicy przebitej w dnie szczypczykami poronionowemi Wintera. T-wo Lek. 6. W sprawie etiologji ciąży pozamacicznej. T-wo Lek.

Prof. Dr. **A. Januszkiewicz.** 1. Przypadek ostrego zawału mięśnia sercowego w obrazie eloktrokardiograficznym. Ref. XIV Zjazdu Lek. i Przyrod. 2. Zespół Courvoisier w przypadku kamicy żółciowej. 3. Przypadek nerki podkowiastej.

4. Naciek zapalny w przypadku wrzodu okrągłego żołądka. 5. Przypadek gruźlicy kątnicy oraz części jelita grubego. Wil. Tow. Lek.

Dr. **St. Januszkiewicz**. St. asyst. Klin. 1. Kimografja radjologiczna serca. XIV Zjazd Lek. i Przyrod. 2. Żylaki przełyku w obrazie rentgenowskim. Wil. Tow. Lek. Intern. 3. Demonstracja przyrządu własnego pomysłu do centrowania lampy rentgenowskiej. Wil. Tow. Lek. i Internistów.

Prof. Dr. **W. Jasiński**. 1. Zapalenie opón mózgowych i mózgu w przebiegu świnki. Tow. Pedjatryczne. 2. W sprawie wskazań do stosowania kąpieli solankowych u dzieci [Zjazd Lekarzy powiatowych i społecznych w Druskienikach].

Dr. **H. Kaulbersz - Marynowska**. St. asyst. Kl. Dziecięcej. 1. Wrażenia z kongresu międzynarodowego pedjatrów w Londynie. Tow.Pedjatryczne. 2) Badanie chloru we krwi. XIV Zjazd Lek. i Przyrod. 3. Wpływ oddychania tlenem na równowagę kwasowo - zasadową. XIV Zjazd Lek. i Przyrod. 4. Mocznica doświadczalna. XIV Zjazd Lek. i Przyrod.

Dr. **W. Kieljotisówna**. O zapaleniach mózgu u dzieci. Tow. Pedjatryczne.

Dr. **I. Klukowski**. St. asyst. Klin. Wewn. 1. Zachowanie się kwasu mlecznego we krwi w przypadkach niedokrwistości złośliwej i wtórnej. XIV Zjazd Lek. i Przyrod. 2. Przypadek rozstrzeni oskrzeli, leczony wyrwaniem nerwu przeponowego. Wil. Tow. Lek.

Dr. **I. Kruszyński**. St. asyst. Zakładu Histologji. 1. Mikrospopielanie, metoda i wynik prac wykonanych przy pomocy spopielania oraz wyniki prac nad spopieloną komórką nerwową. Lwowskie Tow. Anat. Zool.

Dr. **I. Kruszyński** i Prof. Dr. **J. Aleksandrowicz**. Reprodukcja syntetyczna preparatu fotografowanego w kilku płaszczyznach. Lwowskie T-wo Anat-Zoologiczne.

M. Kuczarow. Wol. Zakładu Patol. Ogólnej. Wpływ heparyny na przepuszczalność krwinek czerwonych. XIV Zjazd Lek. i Przyrod. w Poznaniu.

I. Laskowski. Wol. Zakładu Patol. Ogólnej. Wpływ kefaliny na narkozę u myszy . XIV. Zjazd Lek, i Przyrod.

P. Lidzka. St. asyst. Klin. Dziecięcej. 1. Omówienie przypadku choroby Tay-Sachsa. Tow. Pedjatr. 2. Omówienie przypadku guza mózgu. Tow. Pedjatr. 3. Barjera krwiomózgowa. (Str. zbiorowe) Tow. Pedjatr.

Dr. **E. Mancewicz**. 1) Wpływ diatermji na leczenie ziarniniaków okołoszczytowych Zw. Lek. Dentystów. 2. Leczenie parodontozy. Zw. Lek. Dentystów. 3. Konieczność pielęgnowania zębów u dzieci przedszkoli. Zw. Lek. Dentystów.

Prof **J. Muszyński**. Gazy bojowe. Kurs dla lekarzy m. Wilna, urzędników kolejowych Dyrekcji Wileńskiej, Radjo Wileńskie i dla urzędników Uniwersytetu St. Batorego.

Prof. **J. Muszyński**. i Doc. Dr. **W. Strażewicz**. Kurs zielarski dla instruktorek rolnych Izby Rolniczej m. Wilna.

Prof. Dr. **K. Michejda**. 2-a serja zapaleń wyrostka robaczkowego w klinice chirurgicznej. Wil. Tow. Lek.

Dr. **M. Marzyński**. Asyst. klin. psychjatr. 1. Opieka nad umysłowo chorymi na Wileńszczyźnie. XIV. Zjazd Lek. i Przyrod.

Doc. Dr. **M. Mienicki**. 1. Próby wzmożenia działania djety bezsolnej u chorych z gruźlicą wilkową. III Kongres Dermatologów Słowian w Pradze. 2. Sprawozdanie z III Kongresu Dermatologów Słowiańskich. Wil. Oddz. Tow. Dermatol.

3. O chorobach wenerycznych. Cykl odczytów zorganizowanych przez Bratnią Pomoc U. S. B.

Dr. H. **Nikołajewa**. Wol. Zakł. Patol. Ogólnej. O płytkach krwi. Tow. Pedjatryczne.

Dr. B. **Puchowski**. St. asyst Zakł. Medyc. Sądowej. 1. Zator powietrzny serca po cięciu cesarskiem. Wil. Tow. Lek. 2. Z kazuistyki Zakładu Medycyny Sądowej. Wil. Tow. Lek. 3. Krew i narządy krążenia. 2 wykłady dla słuch. IV kursu Wydz. Prawa i Nauk Społecznych.

Prof. K. **Pelczar**. 1. Rola fosfatydów w ustroju. Wil. Tow. Lek. 2. Wpływ heparyny na fizyko-chemiczne własności krwinek. Wil. Tow. Lek. 3. Sprawozdanie z Międzynarodowego Kongresu do walki z rakiem w Madrycie. Wil. Tow. Lek. 4. Fizjologja i patologja okresu dojrzewania. Wil. Tow. Pedjatr. 5. O nowym czynniku krzepliwości krwi. XVI Zjazd Lek. i przyrod. 6. Najnowsze poglądy na istotę krzepliwości kwi. Tow. Przyr. im. Kopernika.

Prof. Dr. K. **Pelczar** i St. **Murza - Murzicz**. Przemiana potasowa w Beri - Beri. XIV Zjazd Lek. i Przyrod.

Prof. Dr. K. **Pelczar**. Dr. H. **Nikołajewa**. Związek płytkogramu z własnością surowicy chorych na nowotwory. XIV Zjazd Lek. i Przyrod.

Prof. Dr. K. **Pelczar** B. **Krzywobłocki**. Wpływ fosfatydów na regenerację krwi. XIV Zjazd Lek. i Przyrod.

Dr. A. **Perewoski**. Wol. Klin. Wewn. Kilka uwag o krwawiączce w związku z obserwowanym przypadkiem. Wil. Tow. Lek.

Dr. J. **Rydzewska**. Mł. asyst. Klin. Położniczej. 1. Pokaz chorej z pozornie niesymetryczną miednicą po przebytem ostrem zapaleniu stawu biodrowego. Wil. Tow. Lek.

Dr. J. **Ryll - Nardzewska**. St. asyst. Klin. Położniczej. Przypadek wad rozwojowych konczyn płodu. Wil. Tow. Lek.

Prof. Dr. M. **Rose**. 1. Mózgi elity umysłowej. Koło Medyków. 2. O uraźności systemu nerwowego. Wil. Tow. Lek. 3. Choroby nerwowe i psychiczne na tle kiły. Kurs o chorobach społecznych. 4. Anatomja normalna i patologiczna ośrodków podkorowych. XIV Zjazd Lek. i Przyrod.

Dr. Mag. M. **Rubinsztein**. Znaczenie śledziony w powstawaniu gorączki doświadczalnej. Wil. Tow. Lek.:

Dr. A. **Rutkowski**. St. asyst. Klin. Neurolog. Zespół omamowo urojeniowy Gerstmanna w przebiegu porażenia postępującego. XIV Zjazd Lek. i Przyrod.

Dr. Cz. **Ryll - Nardzewski**. Asys. Klin. Dermatol. O chorobach wenerycznych. Pol. Czerw. Krzyż.

Dr. E. **Sawicki**. Znaczenie społeczne walki z chorobami wenerycznemi. Tow. Eugeniczne.

Dr. E. **Salitówna**. St. asyst. Klin. Wewn. 1. Przypadek akromegalji z ciężkiemi zaburzeniami przemiany węglowodanowej. Wil. Tow. Lek. 2. Wpływ solanki Druskienickiej na czynności wydzielnicze żołądka! Wil. Tow. Lek.

Dr. R. **Szadowska**. Asyst. tytul. Klin. Dziecięcej. 1. Omówienie przypadku odmy podskórnej u dziecka po przebytem zapaleniu płuc. Wil. Tow. Pedjatryczne.

Prof. Dr. J. **Szymański**. 1. Gruźlica oka. XIV. Zjazd Lek. i Przyrod. 2. Wykłady na kursie dokształcającym dla lekarzy P. Z. H. w Warszawie.

Prof. Dr. S. **Schilling - Siengalewicz**. 1. Toksykologja gazów bojowych. Kursy dla lekarzy w Wilnie i Baranowiczach. 2. O narkotykach i narkomanji. Odczyt publiczny w Sali Śniadeckich.

Doc. Dr. **W. Strażewicz.** Gatunki i odmiany kozłka lekarskiego. Tow. Przyrod. Wil.

Prof. Dr. **J. Szmurło.** 1. Pokaz chorego z polipem wypełniającym nos, jamę nosogardłową i gardło środkowe z dolnem i opuszczającym się do przedsionka krtaniowego. 2. Pokaz wyciętych z nosa małżowin dolnych i środkowych pokrytych polipowatemi rozrostami o budowie brodawczakowatej. Wil. Tow. Lek. 3. Pokaz guza o budowie włóknikowej wyciętego z nosa i jamy noso-gardłowej 55 letniego mężczyzny.

Dr. **A. Trusiewiczówna.** St. asyst. Klin. Dziec. Sprawozdanie lekarskie z Kolonji leczniczej w Druskienikach. Wil. Tow. Pedjatryczne.

Doc. Dr. **T. Wąsowski.** 1. Powikłania wewnątrz czaszkowe w przebiegu spraw ostrych ucha środkowego na podstawie spostrzeżeń Kliniki Wileńskiej XIV Zjazd Lek. i Przyrod. 2. O znakowaniu zmian chorobowych w gruźlicy krtani. XIV Zjazd Lek. Przyrod. 3. Fizjologja i patologja migdałów podniebiennych. Dla lekarzy szkolnych. 4. Badanie czynności nerwu przeponowego u chorych poddanych zabiegowi wyrwania tego nerwu. Wil. Tow. Lek. 5. Gazy bojowe, a górny odcinek dróg oddechowych. Odczyt popularny. 6. Leczenie gruźlicy krtani promieniami Rentgena. Wil. Tow. Lek. 7. Przypadek operacyjnego leczenia raka krtani. 8. Revue anal. des travaux Polon. O. R. L. en 1934.

Dr. **N. Wołkowyski.** Asyst. Kl. Uszno-Gardlanej. 1. Powikłania oczodołowe i oczne w przebiegu zapalenia zatok bocznych nosa. Wil. Tow. Lek. 2. O rozwoju mowy u dziecka i jego zboczeniach. Tow. Lek. Żydów.

L. Wojtulewski. Asyst. Zakł. Chemji Fizjol. Elektrokolorymetr i jego zastosowanie do badań chemiczno fizjologicznych. Wil. Tow. Lek.

Doc. Dr. **W. Zaleski.** 1. O sztucznem zapładnianiu kobiet. Wil. Tow. Lek. 2. Przypadek cięcia cesarskiego u 30 letniej wieloródki w dolnym odcinku zmodyfikowaną metodą Holzbach'a. Wil. Tow. Lek. 3. Pokaz preparatu macicy, usuniętej spowodu adenomyositis uteri interna. Wil. Tow. Lek.

Dr. **J. Zienkiewicz.** St. asyst. Klin. Dziecięcej. 1. Obraz krwi u dzieci kiłowych i jego zmiany pod wpływem leczenia swoistego. XIV Zjazd Lek. Przyrod. 2. Grupy krwi dzieci i matek kiłowych i zachowanie się odczynu B-Wass. pod wpływem leczenia swoistego w poszczególnych krwi u dzieci. Tamże. 3. Pokaz przypadku i omówienie odmy opłucnowej u dzieci Wil. Tow. Pedjatryczne.

Działalność naukowa i społeczna członków Wydziału Lekarskiego oraz pomocniczych sił naukowych.

Kierownik *Zakładu Anatomji Opisowej* prof. dr. M. Reicher w okresie sprawozdawczym był członkiem Komitetu redakcyjnego prac Tow. Przyjaciół Nauk w Wilnie (Wydział Nauk Matematyczno-Przyrodniczych). Komitetu Redakcyjnego Folia Morphologica, Zarządu Polskiego Tow. Anatomiczno - Zoologicznego, Association des Anatomistes, Institut International d'Anthropologie i innych.

W czerwcu 1934 roku prof. M. Reicher został wybrany na Dziekana Wydziału Lekarskiego.

Dr. Sylwanowicz i Dr. Murza - Murzicz są członkami Polskiego Tow. Anatomicznego, Association des Anatomistes i innych.

Kierownik *Zakładu Chemji Fizjologicznej* prof. dr. M. Seńkowski brał udział w życiu towarzystw Société Chimique de France, Izba Lekarska, oddział w Wilnie, Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, Polskie Towarzystwo Chemiczne, oddział Wileński.

Mgr. K. Dowgielewicz był członkiem Pol. Towarzystwa Chemicznego w Wilnie, Związku Strzeleckiego, Pol. Tow. Naukowego im. Kopernika, i Związku Chemików Polskich, prowadził wykłady chemji Gazów Bojowych na kursach przeciwgazowych Polskiego Czerwonego Krzyża w Wilnie dla lekarzy w ciągu stycznia, lutego, marca i maja 1934 r. Również prowadził wykłady na 2 tygodniowym kursie przeciwgazowym w Baranowiczach. Wygłosił 2 odczyty z ramienia P. C. K. w Głębokiem pow. Dziśnieńskiego i Postawach p. t. „Przemysł i wiedza chemiczna w zastosowaniu bojowem“.

Mgr. W. Hermanowicz pracował w Polskiem Towarzystwie Chemicznem (oddział Wileński) i Związku Chemików Polskich.

Kierownik *Zakładu Higjeny* prof. dr. K. Karaffa-Korbutt przyjmował udział w posiedzeniu Polskiej Akademji Umiejętności.

Prof. dr. A. Safarewicz, był ławnikiem mag. m. Wilna, kierując sekcją Zdrowia i Opieki Społecznej, jest stałym sekretarzem Wil. Tow. Lek., prezesem Wil. Oddz. Zw. Lek. P. P., delegatem do Nacz. Izby Lek. i do jej Sądu, Redaktorem Pam. Wil. T-wa Lek. (wspólnie z prof. Jasińskim).

Dr. J. Bortkiewicz-Rodziewiczowa wykładała higjenę na kursach pielęgniarskich, technicznych kursach dokształcających, w żeńskiej szkole rolniczej w Antowilu i na kursach nadzorców telegrafu. Wygłosiła 4 pogadanki z dziedziny higjeny w radjo i w stowarzyszeniach.

Dr. F. Kasperowicz wykładał Higjenę na kursach Czerwonego Krzyża dla sióstr miłosierdzia, kierował temi badaniami doktorantów, które są wykonywane w Miejskim Zakładzie badania Żywności.

Kierownik *Zakładu Histologji* prof. dr. S. Hiller był prezesem Wileńskiego oddziału Pol. T-wa Przyrodników im. Kopernika i wiceprezesem Wileńskiego T-wa Anatomiczno-Zoologicznego.

Doc. dr. S. Bagiński był prezesem Wileńskiego T-wa Anatom.-Zool. Dr. J. Kruszyński był sekretarzem Wileńskiego Oddziału Pol. T-wa Przyrodników im. Kopernika i Wil. T-wa Anatom.-Zoologicznego.

Kierownik *Zakładu Medycyny Sądowej* prof. dr. S. Schilling Siengalewicz był szefem sanitarnym Czerw. Krzyża Okr. Wileńskiego

i współredaktorem „Czasopisma Sądowo lek" i Medycyny Doświadczalnej i Społecznej.

Kierownik *Zakładu Patologji Ogólnej* prof. dr. K. Pelczar jest jednocześnie kierownikiem Zakładu badawczo-leczniczego dla chorych na nowotwory. Prof. dr. K. Pelczar brał udział w Zjeździe Międzynarodowym Przeciwrakowym w Madrycie, a asystent Zakładu dr. W. Biełoszabski w IV Międzynarodowym Zjezdzie Radjologów w Zurychu.

Kierownik *Kliniki Chirurgicznej* prof. dr. K. Michejda jest członkiem Zarządu T-wa Chirurgicznego, Prezesem Wil. T-wa Chirurgicznego, Członkiem Komisji Redakcyjnej Polskiego Przeglądu Chirurgicznego i Chirurgji Klinicznej.

Kierownik *Kliniki chorób nerwowych i umysłowych* prof. dr. M. Rose został mianowany członkiem zwyczajnym Towarzystwa Naukowego Warszawskiego.

Dr. J. Borysowicz prowadził wykłady dla sióstr i personelu szpitalnego szpitala św. Jakóba z pierwszej pomocy w wypadkach zatrucia gazami bojowemi. Dr. J. Borysowicz został członkiem korespondentem Estońsk. Tow. Neurologicznego.

Kierownik *Kliniki Dermatologicznej* doc. dr. M. Mienicki miał wykłady dla lekarzy na kursach przeciwgazowych, zorganizowanych przez Wil. Oddz. Czerwonego Krzyża, uczestniczył w cyklu odczytów „o chorobach społecznych", zorganizowanych przez Bratnią Pomoc. Doc. dr. Mienicki przez Naczelną Radę Zdrowia został powołany do sekcji walki z chorobami wenerycznemi; a jako członek Słowiańskiego Tow. Lek. był wybrany na delegata od Koła Wil. i brał udział w Zjeździe Delegatów Tow. w Warszawie. Doc. Mienicki należy do Komitetu Redakcyjnego Przegl. Dermatologicznego, został wybrany na wice-prezesa Wil. Oddz. Tow. Dermatologicznego, którego sekretarzem został Dr. St. Fedosewicz.

Kierownik *Kliniki Dziecięcej* prof. dr. W. Jasiński był wice-prezesem Zarządu Głównego Pol. Tow. Pedjatrycznego i prezesem Wil. Oddziału tego Towarzystwa, redaktorem Pamiętnika Wil. Tow. Lekarskiego i członkiem Komitetu redakcyjnego Pedjatrji Polskiej, prezesem Komitetów szczepień ochronnych przeciwko gruźlicy (B. C. G.) i błonicy, prezesem T-wa Lekarzy Zdrojowych w Druskienikach, członkiem Zarządu Pol. Tow. Szpitalnictwa i Polskiego Komitetu Opieki nad dzieckiem w Warszawie.

Dr. H. Kaulbersz-Marynowska otrzymała stopień asystenta zagranicznego na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Paryżu oraz została członkiem T-wa Chemji biologicznej w Paryżu.

Dr. J. Zienkiewicz jest sekretarzem Wil. Oddz. Pol. Tow. Pedjatrycznego.

Kierownik *Kliniki Ocznej* prof. dr. J. Szymański został ponownie obrany prezesem Okulistów Polskich, był prezesem Wil. Oddz. Tow. Okulistycznego, prezesem Kuratorjum nad ślepymi w Wilnie, zastępcą prezesa Rady Organizacyjnej Polaków z zagranicy. Prof. Szymański brał udział w Kongresie Okulistów Francuskich i Konferencji Międzynarodowej Okulistów w Paryżu w charakterze członka Międzynarodowej Rady Okulistów i delegata polskiego na tę konferencję; w konferencji Organizacji Międzynarodowsj Walki z jaglicą; w Konferencji Zrzeszenia Międzynarodowego dla walki ze ślepotą; w walnem zebraniu Francuskiej Ligi Przeciwjagliczej, której został członkiem. Prócz tego, prof. Szymański jest członkiem Komitetu Redakcyjnego kwartalnika „Klinika Oczna" i otrzymał dyplom członka honorowego Okulistów Brazylijskich w Rio de Janeiro.

Kierownik *Kliniki Otolaryngologicznej* prof. dr. J. Szmurło jest kuratorem Akademickiej Kasy Chorych studentów chrześcjan i członkiem Komisji Opieki zdrowotnej nad młodzieżą, Kuratorem Koła Medyków U. S. B., Naczelnym Redaktorem Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego i Członkiem Redakcji Pamiętnika Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, Prezesem Sekcji Wileńskiego Pol. T-wa Otolaryngologicznego, Prezesem Stowarzyszenia Lekarzy Zdrojowych w Ciechocinku, Przewodniczącym Komitetu Kursów Wakacyjnych dla lekarzy w Ciechocinku, Członkiem Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, Członkiem Komisji Opieki Społecznej Województwa Wileńskiego, Wice-Przewodniczącym Stowarzyszenia Przyjaciół Związku Strzeleckiego, Członkiem Opieki Szkolnej gimnazjum im. Orzeszkowej i Przewodniczącym Sekcji Zdrowia Central. Opiek Szkolnych. W okresie sprawozdawczym prof. Szmurło otrzymał Krzyż Komandorski orderu „Polonia Restituta".

Doc. dr. T. Wąsowski jest sekretarzem redakcji Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego, członkiem Sądu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, Członkiem Kolegjum naukowego Wil. Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

Doc. dr. B. Dylewski jest wice-prezesem Sekcji Kół Młodzieży Wileńskiego Okręgu Polskiego Czerwonego Krzyża, członkiem Komisji Dyscyplinarnej dla nauczycieli przy Kuratorjum Wileńskiego Okręgu Szkolnego.

Kierownik *Kliniki Położniczo-Ginekologicznej* prof. dr. W. Jakowicki był ponownie Prezesem Wileńskiego T-wa Lekarskiego i członkiem Komitetu Redakcyjnego Ginekologji Polskiej.

Doc. dr. W. Zaleski i dr. J. Ryll-Nardzewska, byli ponownie sekretarzami Wil. T-wa Lekarskiego.

Kierownik *Kliniki Wewnętrznej* prof. dr. A. Januszkiewicz był prezesem Zarządu Wil. Koła Internistów i wice-przewodniczącym Sekcji Internistów Polskich.

Dr. E. Salitówna jest skarbnikiem, dr. J. Klukowski—sekretarzem Wil. Koła Internistów.

Nagrody za prace konkursowe.

A. Nagrody i zasiłki z funduszu Marszałka Józefa Piłsudskiego

otrzymali:

St. Asyst. Dr. Kaulbersz-Marynowska Hanna — 200 zł., za pracę p. t.: „Quelques études sur les propriétés physico-chimiques des fruits et l'influence du régime aux pommes sur l'equilibre acidobasique".

St. Asyst. Dr. Zalewski Antoni — 200 zł., za pracę p. t.: „Ropne zapalenie stawu kolanowego".

St. Asyst. Dr. Kontrym Konstanty — 100 zł. zasiłku na przeprowadzenie badań naukowych nad ziołami leczniczemi.

B. Z funduszu Rady wydziałowej Wydano 12 nagród.

Nagrody otrzymali:

I. asystenci wydziału Lekarskiego.

1. Dr. Kruszyński Jan — 350 zł., za pracę p. t.: „Badania cytochemiczne nad komórką nerwową".
2. Dr. Januszkiewicz Stanisław — 200 zł., za pracę p. t.: „Badanie radjologiczne opuszki dwunastnicy".
3. Dr. Murza-Murziczówna Helena — 200 zł., za pracę p. t.: „Mięśnie pochyłe u noworodka i u dorosłego".
4. Asyst. absolw. Zalewski Władysław — 200 zł., za pracę p. t.: „Studja nad determinacją płci u żyworodki Paludina viwipara, część I. Budowa mikroskopowa gruczołów rozrodczych".
5. Dr. Gilelsówna Wiera — 100 zł., za pracę p. t.; „Uśpienia awertynowe na podstawie doświadczenia kliniki".
6. Dr. Klukowski Jan — 100 zł., za pracę p. t.: „Zachowanie się kwasu mlecznego w przebiegu niedokrewności złośliwej i wtórnej".
7. Absolw. Kołoszyński Eugenjusz — 100 zł., za pracę p. t.: „Z badań nad płytkami krwi".
8. Dr. Sylwanowicz Witold — 100 zł., za pracę p. t.: „Zastawki układu żył nieparzystych".

II. asystenci Oddziału Farmaceutycznego:

1. Insp. Doc. Dr. Strażewicz Wacław — 100 zł., za prace p. t.: 1) „Wpływ temperatury na barwę nalewki kozłkowej", 2) „Kminek zwyczajny", 3) „Wpływ czasu zbioru na zawartość i jakość olejku w kłączach i korzeniach kozłka lekarskiego", 4) „Badanie porównawcze kłączy i korzeni niektórych odmian i gatunków kozłka".

2. Mgr. Bodalski Tadeusz — 50 zł., za prace p. t.: 1) „Przyczynek do badań nad brunatną soją wileńską", 2) „Badanie olejku z szałwji polskiej", 3) „Oznaczanie składu fityny sojowej".

3. Mgr. Oficjalski Piotr — 50 zł., za pracę p. t.: 1) „Wpływ wycinania pędów i kwiatostanów na wysokość plonu i skład kłączy i korzeni kozłka lekarskiego", 2) „Porównawcze badania olejku miętowego polskiego i importowanego handlowego", 3) „Spongia fluviatilis".

III. Z prac konkursowych zaawansowanych studentów została nagrodzona (100 zł.) praca słuchacza V roku p. Czesława Krajewskiego, wykonana w Klinice Oto-laryngologicznej, na temat: „Opis i pomiary nosa zewnętrznego u ludności polskiej na Wileńszczyźnie".

Sprawozdanie biblioteki Wydz. Lekarskiego

W bibliotece prowadzone były dalsze prace katalogowe i inwentaryzacyjne. Katalogi kartkowe zostały rozmieszczone: 1. w gabinecie Dziekana, 2. w Klinice Chorób Wewnętrznych na Antokolu i 3. w Zakładzie Histologji i Embrjologji ul. Zakretowa 23.

Biblioteka pośredniczyła w rozdzielaniu pomiędzy Kliniki i Zakłady książek pozostałych po zlikwidowanej I Klinice Chorób Wewnętrznych.

Uczniowie.

Podań o przyjęcie na I kurs medycyny złożono 330, do egzaminu dopuszczono 314 kandydatów. Przyjęto na I kurs medycyny 119 osób, na wyższe kursy 10 osób, wyłącznie z uniwersytetów polskich.

W 1-szym trymestrze r. akad. 1933/34 Wydział Lekarski liczył 707 studentów. W tej liczbie było:

Wyznanie	Rz.kat.	Prawosł.	Ewang.	Gr.-Kat.	Mahom.	Mojżesz	Razem
Kobiet (24 %) .	96	27	3	—	3	41	170
Mężczyzn (76 %) .	251	87	8	5	2	184	537
Razem .	347	114	11	5	5	225	707
%	49,1	16,0	1,6	0,7	0,7	31,8	99,9 %

Absolutorjum uzyskało 109 osób — mężczyzn 83, kobiet 26, — chrześcijan 63, żydów 46.

Dyplomy lekarza wydano 107 absolwenton: kobiet 13, mężczyzn 94, chrześc. 63, żydów 44. Dyplom doktora medycyny przyznano 3 osobom. Nostryfikowano dyplomów zagran. 34 (w tem 1 polak, 1 rusin, 32 żydów).

Odroczenia opłat.

Na Wydziale Lekarkim odroczono opłaty:

na	I kursie medycyny	5	studentom	(4 połowę opłat, 1 całkowicie).
„	II „ „	42	„	(wszystkim połowę opłat).
„	III „ „	34	„	„ „ „
„	IV „ „	44	„	„ „ „
„	V „ „	40	„	„ „ „
„	VI „ „	33	„	(wszystkim całkowitą opłatę).
	Razem	198		

Podań złożono 241, odrzucono 43.

Na Oddziale Farmaceutycznym odroczono opłaty:

na	II kursie odroczono opłaty	w połowie	12	studentom
„	III „ „ „	„ całości	1	„
„	„ „ „ „	„ połowie	8	„
„	IV „ „ „	„ połowie	20	„

Złożono 45 podań, 4 podania odrzucono, uwzględniono 41 podań.

Stypendja.

Na Wydziale Lekarskim pełne stypendja, wyznaczone przez Ministerstwo, otrzymało 2 osoby, połowę stypendjów 37 osób, pozatem 2 studentów korzystało ze stypendjów Rady Wydziałowej.

Razem otrzymało stypendja 41 osób, pożyczek udzielono 18 studentom.

Na Oddziale Farmaceutycznym przyznano 7 osobom połowę stypendjum.

Na Wydziale Lekarskim 1 student IV kursu med. otrzymał zapomogę 200 zł. z sumy ofiarowanej przez Związek Lekarzy Państwa Polskiego.

Sprawozdanie finansowe.

Wydział Lekarski wraz z Oddziałem Farmaceutycznym preliminował:

z § 10 . . . . zł. 14.380
z § 15 . . . . „ 96.703

Obie powyżej wymienione kwoty w całości otrzymano.

Z funduszu opłat studenckich Wydział Lekarski otrzymał ogółem:

	zł.	84.568
z tego dla medycyny przypadło . . .	„	75.971
dla farmacji	„	8.597

Fundusze, jakie były do dyspozycji Rady Wydziałowej i Dziekanatu Wydziału Lekarskiego, miały obrót następujący:

1. Fundusz kancelaryjny:

Pozostało na 1/IX.1933	zł.	1.097	gr.	82
Wydatkowano zgodnie z planem finans.-gosp.	„	1.097	„	82
Pozostało	„	—	„	—

2. Fundusz dziekański:

Pozostało na 1/IX.1934	„	1.683	„	84
Wpłynęło w roku akad. 1933/34	„	1.847	„	—
Razem . .	„	3.530	„	84
Wydano na opłatę siły kancelaryjnej . . .	„	1.683	„	84
Pozostało na 1/IX.1933	„	1.847	„	—

3. Fundusz Rady Wydziałowej:

Pozostało na 1/IX/33	„	3.403	„	94
Wpłynęło w roku akad. 1933/4	„	3.337	„	20
Razem . .	„	6.741	„	14
Wydano na nagrody za prace konkursowe .	„	2.700	„	—
Inne wydatki	„	3.019	„	25
Razem wydano . .	„	3.019	„	25
Pozostało na 1/IX/1934	„	3.721	„	89

Protokóły posiedzeń Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie wspólne z Wileńskim Oddziałem T-wa Pedjatrycznego z dnia 6 czerwca 1934 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *Wł. Jakowicki.* Obecnych 38 osób w tem 20 członków T-wa i 18 gości.

I. Dr. *J. Zienkiewicz* przedstawił:

a) przypadek „Arachnodaktylji u 4-letniego chłopca.

b) „ „Dystrophia musculorum progressiva congenita" u 6-letniego chłopca.

II. Prof. Dr. *W. Jasiński* zgłaszając sprawozdawcze posiedzenie miejscowego Komitetu szczepień ochronych (B.C.G. i przeciw błonicy), wygłosił pośmiertne wspomnienie o zmarłych w końcu ubiegłego roku Albercie Calmette i Emilu Roux.

III. Doc. Dr. *St. Bagiński* wygłosił referat o szczepieniu B.C.G. w świetle badań krytycznych.

W dyskusji Dr. Muraszko zaznaczyła, że obserwując dzieci ną Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem Kasy Chorych m. Wilna, nie spostrzegła dodatnich wyników szczepień B.C.G., tłomacząc to złą izolacją dzieci w okresie poszczepiennym.

W dalszym ciągu dyskusji Prof. Dr. W. Jasiński przypomniał o wyniku prac polskich badaczy Zeylandów, którzy stwierdzili prątki gruźlicze w gruczołach krezkowych po szczepieniu B.C.G. Ponadto przypomniał o pracy Szusterówny, która na podstawie badań anatomo-patologicznych na morskich świnkach nie stwierdziła szkodliwego wpływu szczepień B.C.G. Mówca zaznaczył, że w Polsce jest słabe zainteresowanie akcją szczepień B.C.G., czego wynikiem są tylko 4 Komitety szczepień na całą Polskę (w Warszawie, Łodzi, Poznaniu i Wilnie). Według oświadczenia mówcy Wilno kilkakrotnie bezowocnie domagało się od Warszawy materjału do powtórnych szczepień w postaci zastrzyków w myśl wskazań Calmett'a [dawkowanie i sposób podawania szczepionki nie zostały jeszcze ustalone]. Calmett'e zaleca doustne podawanie szczepionki dzieciom starszym w celu rewakcynacji.

Dr. J. Zienkiewicz wspomniał o badaniach Kliniki Dziecięcej, dotyczących szczepień B.C.G. świnkom.

Prof. Dr. W. Jakowicki podkreślił ważność uświadamiania matek dzieci szczepionych B.C.G. o konieczności izolacji ich w okresie poszczepiennym.

Dr. J. Dobrzański stwierdził sceptyczne ustosunkowanie się lekarzy do szczepień B.C.G., co grozi zupełnem zarzuceniem tej drogi uodporniania, oraz wypowiadał się za tem, aby Komitet szczepień dążył do stworzenia warunków, umożliwiających izolację, coby wpłynęiło na likwidację gruźlicy w społeczeństwie.

IV. Dr. *W. Prażmowski* wygłosił referat: Uwagi i wnioski w sprawie szczepień ochronnych w błonicy (streszczenia nie dostarczono).

W dyskusji zabrał głos Prof. Dr. W. Jasiński i Dr. H. Marynowska, która nadmieniła, że szkoła francuska uznaje za konieczne powtórzenie po 1—3 latach

odczynu Schicka u dzieci szczepionych uprzednio, gdyż występowanie ponownego dodatniego odczynu Schicka może dać bardzo ciężki przebieg błonicy wskutek uczulenia. Ramon stosuje obecnie do uodpornienia bardziej stężonej anatoksyny, co znacznie podnosi odsetek uodpornionych i pozwala na dwukrotne szczepienia, zamiast trzykrotnych uprzednio stosowanych.

Dr. *J. Ryll-Nardzewska.*
Sekretarz T-wa.

Posiedzenie wspólnie z Kołem Wileńskiem T-wa Internistów Polskich z dnia 13 czerwca 1934 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Med. *Wł. Jakowicki* przy udziale Prof. Dr. Med. *Al. Januszkiewicza.* Obecnych 26 członków i 34 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Doc. *Abramowicz* i Doc. *Wąsowski:* Pokaz chorego z t. zw. zespołem nosowołzowym.

III. Dr. *C. Szabad:* Zagadnienie gośćca na IV Międzynarodowym Kongresie Antyreumatycznym w Moskwie (3—7 maja 1934 roku).

Prelegent omawia zagadnienie gośćca na podstawie referatów, wygłaszanych przez członków Zjazdu, na którym ścierały się głównie dwa poglądy: jeden, że gościec jest chorobą zakaźną, wywołaną przez nieznany dotychczas zarazek; poglądu tego przytrzymywali się głównie uczeni niemieccy; drugi pogląd, że gościec jest cierpieniem konstytucjonalnem, podtrzymywany był przez uczonych sowieckich, którzy dokonali licznych badań w tym kierunku i na poparcie swych twierdzeń przytaczali dodatnie wyniki leczenia gośćca dietą bezwęglowodanową, ubogą w płyny.

Prelegent przytacza rezolucje końcowe Zjazdu, zalecające nadal leczenie gośćca preparatami salicylowemi, nie negując poglądów uczonych sowieckich, których doświadczenia wymagają jeszcze potwierdzenia przez innych badaczy. Na zakończenie prelegent zwraca się z apelem o podjęcie na terenie Wilna walki z gośćcem stawowym.

W dyskusji: Dr. Burak zapytuje, jaką rolę w etjologi gośćca odgrywają prątki Kocha.

Dr. Rubinsztejn podkreśla znaczenie alkalizacji ustroju w gośćcu.

Prof. Pelczar omawia znaczenie pojęcia alergii w odniesieniu do schorzeń gośćcowych.

Prof. A. Januszkiewicz podkreśla, że w Wilnie na terenie Kliniki Wewnętrznej i Szpitala Wojskowego spotyka się z przypadkami gośćca wyjątkowo rzadko. Następnie radzi ściśle odgraniczać ostry gościec stawowy, który jest schorzeniem sui generis, noszącem wyraźne cechy zapalne od pierwotnie przewlekłego zniekształcającego gośćca, posiadającego cechy schorzenia konstytucjonalnego.

W odpowiedzi Dr. Szabad zaznacza, że na Zjeździe większość badaczy wypowiedziała się za paciorkowcem, jako przyczyną występowania gośćca, nie negując roli prątka Kocha. Następnie że w szpitalach Wileńskich spotykał gościec względnie często i wzywał do zwalczania gośćca, jako schorzenia noszącego cechy klęski społecznej.

IV. Dr. *J. Klukowski.* Przypadek rozstrzeni oskrzeli, leczony wyrywaniem nerwu przeponowego.

Po omówieniu historji powstania i techniki zabiegu, demonstruje zdjęcia roentgenowskie rozstrzeni, wypełnione dla kontroli lipjodolem. Pomyślny przebieg leczenia przypisuje umiejscowieniu schorzenia tuż nad przeponą prawą, poczem na zdjęciach roentgenowskich ilustruje przebieg stopniowego zaciskania ogniska przez unoszącą się przeponę.

W dyskusji Dr. Wołkowyski omawia technikę wlewania lipjodolu do oskrzeli, podkreślając rolę lipjodolu w diagnostyce schorzeń płucnych.

V. Dr. *Perewozski*: Kilka uwag o krwawiączce w związku z obserwowanym przypadkiem.

W dyskusji: Prof. Pelczar zaznacza, że jest to pierwszy przypadek krwawiączki, leczony preparatami jajnika, jaki został ogłoszony w Polsce, poczem omawia etjologję krwawiączki. Przytacza najnowsze teorje krzepnienia krwi, dopełniając je swemi spostrzeżeniami, jakie poczynił w swoim Zakładzie.

Prof. Jakowicki wątpi w skuteczność leczenia krwawiączki wyciągami z jajnika, jako zbyt słabemi.

VI. Dr. *Salitówna:* Wpływ solanki Druskienickiej na czynność wydzielniczą żołądka.

Dr. *J. Ryll-Nardzewska.*
Sekretarz

Posiedzenie z dnia 3.X. 1934 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *W. Jakowicki.* Obecnych 51 osób, w tem 28 członków T-wa i 23 gości.

I. Prof. Dr. *A. Safarewicz.* Wygłosił wspomnienie pośmiertne o. ś. p. Dr. med. *Władysławie Bujalskim.*

II. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

III. Dr. *L. Achmatowicz.* — demonstruje chorego po usunięciu kamienia z miedniczki nerkowej.

IV. Dr. *J. Kucharski.* — demonstruje 2 chorych.

1. U chorego z raną cięto-kłutą poniżej łuku żebrowego lewego z uwięźniętem przebitem jelitem zstępującem — po zeszyciu cięcia środkowego laparatomijnego zeszyto jelito, kilka szwów na ranę i sączek. Przebieg gładki.

2. Chory operowany przed 3 laty z powodu Ca recti metodą kombinowaną (abdomino-transsphincteralną) zgłosił się z powodu guza wielkości męskiej pięści w okolicy prawej jamy biodrowej, który zauważył w kwietniu br. Laparatomia pararectalna. Usunięto guz, wychodzący z jelita ślepego łącznie z jelitem ślepem, wstępującem i odcinkiem jelita biodrowego. Ileotransversostomia. Sączek. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

V. Dr. *W. Gilels.* przedstawia chorą E. Sz.

Lat 20, oraz preparat żołądka usuniętego wraz z guzem wielkości głowy dziecka, zrośniętym z krzywizną dużą żołądka. Od światła żołądka na krzywiźnie dużej widoczne są 3 owrzodzenia, leżące obok siebie. Badanie drobnowidowe

guza dały obraz nietypowy włókniaka w stanie obrzęku, wychodzącego z błony podśluzowej żołądka.

Szczegółowy opis przypadku podany będzie w druku.

VI. Prof. Dr. *M. Michejda.* Demonstruje:

1. chorą z neuralgją gałązki szczękowej dolnej nerwu trójdzielnego (n. alveolaris inferior). Nerw resekowano (sposobem Warren'a) przez otwór trepanacyjny w ramieniu wstępującem żuchwy. Wynik zabiegu był pomyślny. Nerwobóle ustały zupełnie.

2. Chorą J. Ł., lat 14, po resekcji krwawiącego wrzodu żołądka. Chora cierpiała od 2-ch lat na wrzód żołądka, przyczem objawem dominującym były bóle i krwawienia. Przed rokiem wystąpił silny krwotok, który doprowadził do ostrej anemji. Odtąd krwawienie stale się utrzymywało w formie utajonej. Ilość Hb. — 42%.

Przyczyną krwawienia był wrzód położony na krzywiźnie małej o średnicy 2 cm. Wykonano typową resekcję żołądka z wynikiem dobrym. (Preparat przedstawiono).

3. Preparat guza nadnerczaka, usuniętego u 48-letniej chorej. Klinicznie stwierdzono obecność guza przy istniejących bólach bez krwawień. Pyelografja wykazała, że nerka prawa jest zepchnięta ku dołowi. Sprawność lewej nerki prawidłowa. Zabieg operacyjny wykazał, że guz był prawie zupełnie oddzielony od nerki, którą spychał ku dołowi, wytwarzając na niej uciskowe zagłębienia. Ponieważ unaczynienie guza i nerki było wspólne, przeto pozostawienie nerki nie było możliwe. Na przekroju guz sprawia wrażenie guza mięsakowatego zwyrodniałego torbielowato. — Stan chorej dobry. Przypadek zostanie szczegółowo opisany. — W dyskusji zabiera głos dr. Achmatowicz.

VII. Prof. Dr. *K. Michejda* wygłosił odczyt p. t. „Odma pęcherzykowa jelit" (Pneumatosis cystoides intestini). Praca na ten temat ogłoszona zostanie drukiem.

Prelegent stanął na stanowisku, że odma pęcherzykowa jelit ma wspólne pochodzenie z t. z. gazowem zapaleniem otrzewnej i że w powstawaniu obydwu spraw chorobowych przedziurawienie wrzodu żołądka gra nieledwie decydującą rolę.

Powstanie ograniczonych pęcherzyków prelegent tłomaczy jako zejście nadmiernie w jamie brzusznej nagromadzonego gazu, przy upośledzonej zdolności rezorbcyjnej otrzewnej. Prelegent uważa zatem odmę pęcherzykową jelit za sprawę wtórną. Pod względem klinicznym jest najczęściej nieszkodliwem, przytem rzadkiem zejściem cierpienia, które w największej liczbie przypadków jest groźne dla życia (przedziurawienie wrzodu żołądka).

Mówiąc o leczeniu, prelegent ostro występuje przeciwko resekcji zajętego odcinka jelitowego. Poleca natomiast doszczętne usunięcie pierwotnego schorzenia t. j. wrzodu żołądka, drogą resekcji żołądka.

Prelegent podkreśla, że nie przypuszcza, aby wrzód żołądka był jedynem cierpieniem, które do odmy pęcherzykowej doprowadzić może. Sądzi, że warunki, które bardzo często stwarza wrzód żołądka, mogą w znacznie rzadszych przypadkach powstać na tle innych spraw chorobowych, jak zapalenie wyrostka robaczkowego, gruźlica, promienica przewodu pokarmowego i t. p.

W dyskusji zabierali głos Dr. B. Hanusowicz i Prof. Dr. W. Jakowicki, który zwraca uwagę na nadzwyczaj szybkie wchłanianie się powietrza z jamy

brzusznej po laparatomjach i odmach otrzewnowych. Nie wydaje się prawdopodobne, by jedynie mechaniczne drażnienie przez bańki powietrza mogło doprowadzić do zapalnego otorbiania się pęcherzyków powietrznych. Sądzi, że w każdym przypadku pneumatosis raczej trzeba myśleć o powstawaniu gazu na tle bakteryjnem. Gaz ten gromadzi się prawdopodobnie w przestrzeniach międzytkankowych i w naczyniach chłonnych, analogicznie do tego, co się spostrzega w colpitis emphysematosa.

W odpowiedzi Prof. Jakowickiemu, prelegent podkreśla, że nie zaprzecza infekcji pewnego wpływu na powstawanie odmy. Nie sądzi jednak, by wpływ ten był bezpośredni, t. zn. by odma zależała od jakiegoś swoistego zakażenia. Przypuszcza natomiast, że infekcja, która naskutek przedziurawienia jamistego narządu rozwija się w jamie brzusznej, o ile nie doprowadza do śmiertelnego zapalenia otrzewnej, to jednak może w znacznym stopniu upośledzić zdolność resorbcyjną otrzewnej i tą drogą przyczynić się do niemożliwości wessania nagromadzonego w jamie brzusznej guza i do jego ograniczenia.

VIII. Prof Dr. *J. Szmurło.* Wygłosił odczyt p. t. „O uszkodzeniach promieniami Roentgena i radu w dziedzinie górnego odcinka dróg oddechowych“.

Niszczące działanie promieni X i radu znane były od pierwszej chwili ich odkrycia. Przyjmowano, że słabe dawki tych promieni pobudzają działalność tkanek, większe zaś niszczą komórki i tkanki, na które działają. Ciągłe choćby najsłabsze naświetlanie ustroju odbija się na nim zgubnie wskutek kumulatywnego działania promieni, wywołując niegojące się owrzodzenie, doprowadzające w końcu do śmierci. Ofiarą promieni X i radu padło wielu radjologów, a pośród nich najsławniejsi jak Bergonie, Holzknecht i inni.

Zdawało się, że należyte zabezpieczenie miejsc naświetlanych przez dostateczne siły filtry uchroni od uszkodzeń. Jednakże praktyka wykazała, że chociaż rzadziej jednakże zniszczenie tkanek po naświetlaniach występują wciąż zarówno przy zastosowaniu jednorazowych dużych dawek, powtarzanych po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, czy też przy stosowaniu dawek drobnych po kilka godzin dziennie w ciągu szeregu tygodni. Ta ostatnia metoda, zresztą jak wykazały obserwacje w ciągu szeregu lat, daje wyniki stosunkowo najlepsze i daje najmniej uszkodzeń.

Chociaż każdy radjolog ma w swojej statystyce uszkodzenia ponaświetlaniowe, jednakże do literatury lekarskiej opisy takich uszkodzeń przenikają rzadko. W dziedzinie górnego odcinka dróg oddechowych prelegent znalazł zaledwie 45 uszkodzeń, chociaż wiadomo, że krtań, naprzykład, należy do narządów bardzo wrażliwych na promienie X i gamma. Z owych 45 przypadków 21 zakończyły się zejściem śmiertelnem, przyczem naświetlania zaledwie w kilku przypadkach były bezpośrednią przyczyną śmierci, w większości zaś powstał stan septyczny, który doprowadził do ostatecznego wyniszczenia organizmu, lub też nastąpiła wznowa lub uogólnienie nowotworu.

Prelegent podaje opis 4-ch przypadków uszkodzeń ponaświetlaniowych. W 2-ch uszkodzenia powstały w okolicy migdałka i tylnej bocznej ściany gardła, po naświetlaniach promieniami X i gamma. Uszkodzenia przedstawiały się w postaci ogromnego rozpadu tkanki, który dotknął nawet ścianę jednej z wielkich tętnic szyi, powodując śmierć wskutek krwotoku. W drugim przypadku śmierć

nastąpiła wskutek porażenia mięśnia sercowego z powodu zatoru powietrznego zwyrodnienia tegoż mięśnia i generalizacji nowotworu.

W 3-im przypadku uszkodzenie dotknęło krtani chorej na raka, która była poddana szeregowi długopowtarzanych naświetlań (11500 R w 21 dawkach). Nastąpiła nekroza chrząstek, które wydzielały się przez szereg miesięcy. Śmierć wskutek wycieńczenia.

W 4-ym przypadku nastąpiło późne uszkodzenie wyrostka sutkowego wskutek naświetlań długotrwałych migdałka z powodu raka. Nowotwór został zniszczony, ale długotrwałe naświetlania osłabiły żywotność tkanki kostnej wyrostka sutkowego i u chorego, cierpiącego na przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego rozwinęły się po 4-ch latach martwiaki kostne, zakrzep w zatoce poprzecznej wreszcie posocznico-ropnica, która przyczyniła się do zejścia śmiertelnego.

Autor rozpatruje dalej przyczyny owych uszkodzeń i znajduje je w pewnej nadmiernej wrażliwości ustroju na promienie X i gamma, zwłaszcza jeżeli naświetlaniu podlegają tkanki bogate w komórki bardziej wrażliwe na działanie promieni, do jakich należy gardło i krtań bogate w tkankę adenoidalną. Decydującą rolę odgrywają tu naczynia krwionośne, które często ulegają zwężeniu albo nawet zupełnemu zatkaniu, powodując obumarcie pozbawionej soków odżywczych tkanki.

Wreszcie autor zachęca do ogłaszania każdego przypadku uszkodzenia ponaświetlaniowego. gdyż tylko dokładna analiza każdego takiego przypadku pozwoli na uniknięcie tych ciężkich i niebezpiecznych następstw naświetlań. (autoreferat).

Na tem posiedzenie zamknięto.

(Dr. *J. Ryll-Nardzewska*)
Sekretarz T-wa.

Posiedzenie z dnia 10 października 1934 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *Wł. Jakowicki*. Obecnych 46 osób, w tem 18 członków T-wa i 28 gości.

I. Prof. Dr. *K. Pelczar* wygłosił odczyt p. t. „O nowych czynnikach w krzepliwości krwi".

Proces krzepnienia włóknika w myśl teorji zaczynowej zależy od przejścia protrombiny w trombinę pod wpływem cytozymu t. j. kefaliny i jonów wapnia. Autor stwierdził, że bardzo znaczną rolę w tym procesie odgrywa obecność nukleotydów zwłaszcza kwasu adenylowego, który przyśpiesza niepomiernie tworzenie się trombiny i tem samem proces krzepnienia.

W ustroju żywym sprawa ta zachodzi podobnie z tem, że uprzednie wstrzyknięcie zwierzęciu kwasu adenylowego a następnie kefaliny skraca okres krzepnięcia krwi pobranej ze zwierzęcia, nietylko w okresie bezpośrednio po injekcjach, ale i w najbliższych 24 godzinach, czego kefalina sama nie czyni, ponieważ podanie kefaliny samej, jakkolwiek sprowadza już po godzinie skrócenie czasu krzepnienia, to jednak przedłuża go następnie w przeciągu 24 i 46 godzin po zabiegu.

W dyskusji prof. Ejger zaznacza, że należy szukać związku między zjawiskami fizyko-chemicznemi, a pewnemi stanami odpornościowemi w procesie krzepnienia krwi i podkreśla ważność badań prof. Pelczara.

II. Dr. *J. Zienkiewicz:* Przyczynek do wyników szczepień ochronnych B.C.G.

Doświadczenia były przeprowadzane w Klinice dziecięcej U. S. B. na świnkach morskich. Noworodkom świnek podawano per os po 20 mg. B. C. G Każde gniazdo podzielono na kontrolne i szczepione.

W I części doświadczeń (16 świnek — 8 szczepionych i 8 kontrolnych) wszystkie świnki zabijano po pewnym czasie i dokonywano rozbioru zwłok. Stwierdzono powiększenie gruczołów chłonnych krezkowych świnek szczepionych w porównaniu do gruczołów świnek kontrolnych. Histologicznie (Dr. Sumorok) nie stwierdzono zmian gruźliczych tylko zatartą budowę, przerost i bujanie komórek aparatu siateczkowo-śródbłonkowego, czego nie dało się zauważyć w gruczołach świnek kontrolnych.

W II części doświadczeń 38 świnek (19 szczepionych i 19 kontrolnych) zakażono prątkiem gruźlicy zjadliwej w rozmaitych odstępach czasu po zaszczepieniu. Świnki zakażone oddzielono w osobnych klatkach, gdzie przebywały w warunkach niezmienionych przez dalszy ciąg swego życia. Wszystkie świnki padły. W narządach świnek tak szczepionych, jak i kontrolnych stwierdzono wybitne zmiany gruźlicze. Świnki zakażone przed upływem 2 miesięcy od daty zaszczepienia padały wcześniej niż kontrolne, zaś zakażone po tym terminie zaszczepione żyły dłużej (niekiedy do 6 miesięcy). Szczupły materjał doświadczalny nie pozwala na wyciąganie pewnych wniosków, pozwala jednak przypuszczać, że szczepienie, nie zabezpieczając przed zachorowaniem zwierząt na gruźlicę, podnosi jednak w znacznym stopniu zdolność obronną ich ustroju.

Ponadto zwraca uwagę na bardzo dokładne przestrzeganie ścisłej izolacji osobników szczepionych w okresie poszczepiennym; kiedy faza jest ujemna, ustrój zaszczepiony zdaje się być bardziej czuły na zakażenie prątkiem zjadliwym, czego dowodem jest wcześniejsze zdychanie świnek szczepionych, zakażonych przed upływem 2 miesięcy po szczepieniu.

W dyskusji doc. Bagiński powołując się na swoje częściowo już ogłoszone prace nad prątkami B. C. G. podaje, że wbrew twierdzeniu szeregu autorów niemieckich pr. B. C. G. przechodzą przez nieuszkodzony nabłonek jelit; swoisty obraz B. C. G-itis i tu referent stwierdzał około 25 dnia po zakażeniu dojelitowem, znacznie wcześniej po dożylnem.

Prof. Ejger przypomina, że Behring już dawno wypowiedział przypuszczenie o przepuszczalności śluzówki jelit.

Następnie zabierał głos prof. Jasiński.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. *J. Ryll-Nardzewska.*
Sekretarz Towarzystwa.

Posiedzenie wspólne z Oddz. Wileńskim T-wa Pedjatrycznego z dnia 17 października 1934 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *Wł. Jakowicki.* Obecnych 94 osoby, w tem 26 członków i 68 gości.

I. Prof. Dr. *W. Jasiński* wygłosił referat p. t. „O zwiężeniach odźwiernika u niemowląt".

Prelegent omawia wskazania lecznicze w zaburzeniach drożności odźwiernika u niemowląt, wypowiada przekonanie, że z chwilą stwierdzenia „niezbitych dowodów" zwężenia odźwiernika najodpowiedniejszem leczeniem jest zabieg operacyjny, który musi być stosowany tem wcześniej, im młodsze jest chore niemowlę. Nawet w przypadkach daleko posuniętego wyniszczenia pylorotomja może dać dobre wyniki.

II. Dr. *Kaulbersz-Marynowska* wygłosiła referat p. t „Badania chemiczne krwi jako podstawa do wskazań leczniczych w zaburzeniach drożności odźwiernika u niemowląt".

Prelegentka przedstawia wyniki badań krwi na zawartość chloru, rezerwy alkalicznej i mocznika w czterech przypadkach zaburzeń drożności odźwiernika u niemowląt. W 3-ch przypadkach wysoka rezerwa alkaliczna (powyżej 80) oraz zmniejszenie ilości chloru w krwinkach i osoczu odpowiadało typowemu obrazowi zwężenia odźwiernika, co w jednym przypadku zostało potwierdzone na podstawie wyników sekcji, w dwu zaś innych rozpoznanie to potwierdził zabieg operacyjny. W czwartym przypadku, mimo klinicznych objawów zwężenia odźwiernika, krew nie wykazywała zmian charakterystycznych dla tego cierpienia, chory też po kilku tygodniach poprawił się bez zabiegu operacyjnego, co skłoniło do przypuszczenia, że w wypadku tym nie miano do czynienia ze zwężeniem, a tylko ze skurczem czynnościowym odźwiernika.

Powyższe wyniki pozwalają wnioskować, że stwierdzenie wysokiej rezerwy alkalicznej z równoczesnem obniżeniem ilości chloru i zwiększeniem mocznika we krwi winno być wskazaniem do pylorotomji.

III. Prof. Dr. *K. Michejda* wygłosił referat p. t. „O leczeniu operacyjnem zwężenia odźwiernika u nemowląt".

Prelegent podał historyczny rozwój leczenia chirurgicznego przerostowego zwężenia odźwiernika u niemowląt, poczem omówił technikę, powikłania i wyniki operacji sposobem Ramstedt'a. W klinice Wileńskiej mówca operował 4 przypadki z nich 3 z wynikiem dobrym, 1 śmiertelny (dziecko dostarczono w stanie bardzo złym). Stosował uśpienie ogólne, kombinowane t. j. rozpoczynał uśpienie chloroformem, poczem utrzymywał uśpienie eterem. W przyszłości zamierza stosować wyłącznie eter,

IV. Doc. Dr. *S. Mahrburg* demonstruje preparaty makroskopowe i histologiczne przypadków wrodzonego zwężenia odźwiernika u niemowląt, oraz porusza sprawę zmian anatomicznych tego schorzenia.

W niektórych przypadkach możemy mieć pełny obraz kliniczny tego schorzenia bez żadnych zmian anatomicznych w odźwierniku i żołądku. W dużej większości przypadków spotykamy charakterystyczne zmiany, polegające na zgrubieniu ściany odźwiernika, mniejszem lub większem rozszerzeniu żołądka. Zgrubienie ściany odźwiernika jest spowodowane przerostem jego warstwy mięsnej okrężnej. W zależności od stopnia i charakteru przerostu możemy odróżniać 2 jego typy: 1) Typ Mejer Langerer'a, kiedy mamy przerost ścian odźwiernika bez naruszenia budowy histologicznej i stosunku w uwarstwieniu jego ściany; 2) Typ Hirschsprung'a ze znacznie większym przerostem włókien mięsnych, znaczniej-

szem zgrubieniem ściany odźwiernika i przez to spowodowanemi zmianami w budowie jego ściany.

Demonstrowane przypadki prelegent odnosi do typu Hirschsprung'a.

W dyskusji zabrał głos Prof. Dr. K. Opoczyński.

W odpowiedzi Dr. Łukowskiemu Prof. Dr. Jasiński podkreśla wybitną przewagę chłopców w tem cierpieniu (75%—90% u chłopców).

W odpowiedzi Prof. Jakowickiemu Dr. H. Marynowska zaznacza, że w przypadku operowanym podanie w ciągu 3-ch dni NaCl per rectum w postaci kroplówki utrzymywało chlor we krwi na poziomie normalnym; badania porównawcze nad poziomem chloru po podaniu rozczynu soli doustnem, per rectum i podskórnie są w toku.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. *J. Ryll-Nardzewska.*
Sekretarz T-wa.

Posiedzenie z dnia 29 października 1934 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Med. *Wł. Jakowicki.* Obecnych 33 osoby, w tem 18 członków T-wa i 15 gości.

I. Prof. Dr. *J. Szmurło.* — Pokaz chorej z pęcherzycą jamy ustnej.

W dyskusji zabierali głos: Dr. Libo, Doc. Mienicki i Dr. Hanusowicz.

II. Prof. Dr. *J. Szmurło.* wygłosił odczyt p. t. „Cierpienia allergiczne górnego odcinka dróg oddechowych i ucha.

Prelegent daje na wstępie krótki rys historyczny powstania nazwy allergji, użytej po raz pierwszy w stosunku do choroby posurowiczej, następnie mówi o zjawiskach anafilaksji, opisanych przez Ch. Richet'a a przedstawiających wielkie podobieństwo do zjawisk allergicznych zarówno pod względem klinicznym jak i anatomo-patologicznym, omawia badania F. Widal'a nad zmianami we krwi, polegającemi na zaburzeniu równowagi koloidów krwi i wyrażającemi się leukopenją, eozynofilją, spadkiem ciśnienia krwi i wzmożeniem jej krzepliwości oraz objawami klinicznemi często ogólnemi w postaci osłabienia działalności serca, omdlenia, oraz ze strony różnych narządów z których najczęściej bywają dotknięte nos, oskrzele, skóra, rzadziej krtań, drogi pokarmowe, a najrzadziej uszy, narządy moczopłciowe, serce.

Allergja zjawia się najczęściej w wieku dojrzałym, przeważnie u kobiet często jest dziedziczna. Układ nerwowy współczulny oraz parasympatyczny są w stanie pobudzenia. Nie rzadko spotyka się zaburzenia ze strony gruczołów dokrewnych, zwłaszcza tarczycy i przysadki mózgowej.

Rozpoznanie nieraz przedstawia duże trudności i powinno się opierać na bardzo dokładnych wywiadach oraz na próbach z bodźcami uczulającemi t. zw. allergenami, polegających na szczepieniu zapomocą zdrapania skóry, zastrzykiwania podskórnego lub doskórnego. Te ostatnie często dają groźne objawy ogólne. Co do allergenów, to najczęstsze są ciała białkowe, znajdujące się w jajach, mleku, mięsie zwierząt i ryb, w sierści, w piórach, puchu, w kwiatach i nasionach roślin, wreszcie znane są allergeny żyjące, jak bakterje z ich toksynami, czerwie, mole, grzybki pasorzytnicze, allergeny chemiczne, jak preparaty farmaceutyczne,

korzeń wymiotny, antipiryna, arsenobenzol, jodoform, jodek potasu i t.p., poza tem allergeny fizyczne, zimno, ciepło, światło, wreszcie allergeny wewnętrzne, których natura dotychczas nie jest dokładnie zbadana, a które powstają wskutek zaburzenia układu koloidów krwi.

Z cierpień allergicznych górnego odcinka dróg oddechowych najczęściej występują: nieżyt sienny wiosenny lub jesienny podczas kwitnienia traw i roślin zbożowych oraz rozpylania jesienią pyłków nasion; nieżyt sienny nieokresowy, powstający wskutek wziewania sierści zwierząt, pierza, puchu, ptaków, mąki, spożywania pokarmów uczulających (raki, poziomki i t. p.).

Objawy polegają na wzmożonem bardzo częstem kichaniu, bardzo obfitym wypływie z nosa, łzawieniu i ogólnemu uczuciu niedomagania. W wydzielinie nosowej i we krwi wybitna eozynofilja, we krwi leukopenja. Bardzo często do nieżytu nosa przyłącza się duszność w postaci t. zw. dychawicy oskrzelowej.

Ze strony innych narządów niekiedy mamy obrzęk allergiczny krtani, dający groźne objawy zaduszenia, kończące się niekiedy śmiercią.

Ze strony uszu niekiedy zjawia się ostre allergiczne zapalenie ucha środkowego wysiękowe surowicze, trwające od 24 do 72 godzin i potem znikające bez śladu; wreszcie zespół objawów Meniére'a w postaci zawrotów głowy, wymiotów, padania, szmerów usznych; najczęstszą przyczyną są tu allergeny pokarmowe.

Leczenie w okresie napadu polega na usunięciu chorego z pod wpływu bodźców uczulających, jeżeli chodzi o allergeny powietrzne, i na podawaniu preparatów adrenalinowych, atropiny, kofeiny, w pomieszczaniu w komorach przeciwallergicznych. W okresie wolnym od napadów należy dążyć do uodpornienia chorego zapomocą zastrzykiwań allergenów swoistych w dawkach minimalnych, stojących na granicy dawki odczynowej. Tam gdzie ustalenie allergenu swoistego jest niemożliwe, uodporniamy ustrój zapomocą zastrzykiwania podskórnego tuberkuliny (Štorm v. Lecuven), preparatów mleka, siarki, auto-sero-lub-hemoterapji, zastrzykiwania lub podawania doustnego peptonu, zastrzykiwania dożylnego Natr. carbonici. Wreszcie doświadczenia wykazały, że wody lecznicze posiadają często wybitne działanie odczulające.

Doświadczenia prelegenta wykazały, że u nas takie działanie posiadają solanki ciechocińskie, stosowane w postaci wziewań, wód pijalnych i kąpieli. — (streszczenia własne).

W dyskusji: Dr. Libo wspomina o pacjentce z napadami kichania i kaszlu na tle uczulenia pokarmowego, która na drodze własnego doświadczenia odczulała się minimalnemi ilościami pokarmów na godzinę przed posiłkami.

Prof. Dr, Jakowicki, mówiąc o astmie odruchowej w przypadkach tyłozgięcia macicy, o kichaniu podczas badania wewnętrznego i t. p. zastanawia się nad etjologją tych stanów.

Następnie zabierał głos Dr. Hanusowicz.

(Dr. *J. Ryll-Nardzewska*)
Sekretarz.

Posiedzenie wspólne z Kołem Wil. Tow. Internistów Pol. dnia 12-go listopada 1934 r.

Przewodniczący Prof. *Jakowicki* przy udziale Prof. *Januszkiewicza.* Obecnych 28 członków i 42 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Prof. *Michejda:* a) przedstawia chorą z wrzodem żołądka i kamicą żółciową, u której dokonano jednocześnie resekcji żołądka i wycięcia woreczka żółciowego.

Wrzód żołądka był usadowiony na krzywiźnie małej w wielkiej odległości od odźwiernika. Zabiegu dokonano w linji środkowej, na kikut przewodu woreczkowego założono tampon. Przebieg pooperacyjny gładki, stan chorej dobry.

b) Demonstruje chorego, któremu przed laty poza kliniką usunięto lewą nerkę z powodu kamicy nerkowej. Obecnie został dostarczony do kliniki z anurją, wskutek zatkania prawego moczowodu przez kamień. Zgłębnikowaniem miedniczki nerkowej udało się stan chorego poprawić tak, że objawy uremji (zamroczenie przytomności, wymioty) ustąpiły, a reszta azotowa z 240 mg% spadła do 100 mg% Operacyjnie usunięto kamień z prawego moczowodu, nie ruszając nerki. Przebieg pooperacyjny zupełnie gładki. Diureza po operacji zwiększała się z dnia na dzień. W dniu demonstracji reszta azotowa wynosiła 43 mg%.

c) demonstruje dwa kamienie usunięte z prawego moczowodu chorego, u którego kamienie te zatykały zupełnie moczowód, powodując prawostronny bezmocz z rozstrzenią miedniczki i kielichów i powiększeniem nerki. Równocześnie jeden kamień tkwił w lewym moczowodzie, tuż przy pęcherzu, jednakże mocz wydzielał się prawidłowo, chociaż nerka funkcjonowała z pewnem opóźnieniem (do 10 minut). Przebieg pooperacyjny ciężki z powodu niedostatecznego wydzielania się moczu z lewej nerki, pomimo obfitego przeciekania opatrunku po stronie prawej. Chory po 11 dniach zmarł.

III. Doc. *Wąsowski* a) demonstruje przypadek chorej na gruźlicę krtani, leczonej z dobrym wynikiem promieniami Rentgena.

Przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że zmiany chorobowe w krtani miały charakter najcięższy, było to zapalenie ochrzęstnej chrząstek nalewkowych z unieruchomieniem strun i dusznością, co według wielu jest przeciwwskazaniem do naświetlań rentgenowskich. Obecnie po 7 kursach leczenia nacieki znikły, struny ruchome, pozostało jedynie nacieczenie strun.

b) Drugi przypadek: chora przed 2 laty przeszła operację laryngostomji z powodu zwężenia krtani, które rozwinęło się po kaustycznem przypalaniu w krtani. Kilkakrotnie starano się otwór stomijny zamknąć, jednak za każdym razem światło krtani zbyt się zwężało, występowała duszność i należało znów wkładać rurkę tracheotomijną. Rozszerzanie krtani stale utrzymywaną rurą gumową również nie dało pożądanych wyników, próby usunięcia rury powodowały natychmiastową duszność. Należało pomyśleć o zabiegu plastycznym, który byłby w stanie utrzymać światło krtani dostatecznie szerokiem. W tym celu najpierw wszczepiono pod skórę u brzegu strony kawałek kości, pobranej z tibiae chorej, tak by długość jej przekraczała nieco granice stomy u góry i dołu. Po kilku miesiącach w znieczuleniu miejscowem przeniesiono płat skórno-kosny, zakrywając nim stomę. By uchronić ranę od ewentualnego przenikania śliny przyszyto płat do odwiniętych z trzech stron małych płatów skórnych. Powstały ubytek zakryto płatami skóry, wypreparowanemi z obu stron. Wygojenie per primam. Światło krtani dostatecznie szerokie, oparcie dla brzegów stomy mocne.

IV. Dr. *Pomeranc* demonstruje przypadek nerki podkowiastej.

Dotyczył on chorej wieku lat 27, która zgłosiła się do przychodni Kliniki

Wewnętrzngj U. S. B. Po zbadaniu fizykalnem stwierdzono guz w nadbrzuszu w postaci walca, grubości 3 cm. posiadający ruchomość oddechową. Walec leżał na miejscu, odpowiadającem położeniu trzustki, był dość długi, gdyż dochodził do linji sutkowej prawej, zawijając się ku górze i kończąc się pewnem rozszerzeniem. Rozpoznano nerkę podkowiastą, co zostało potwierdzone badaniem roentgenowskiem. Prelegent demonstruje zdjęcia roentgenowskie.

V. Prof. *A. Januszkiewicz*: Pokaz przypadku choroby Buergera.:

Ch. 36 lat, wyznania mojżeszowego, kupiec, zaczął doświadczać przed 3 laty w kończynie dolnej lewej bólów łamiących i piekących, szczególnie w stopie i palcach, połączonych często z mrowieniem i drętwieniem. Wyraźnej przyczyny tych bólów wskazać nie może. Sprawa po 1½ rocznem trwaniu ustąpiła, ale prawie jednocześnie z tem pojawiły się podobne dolegliwości w kończynie prawej i trwają uparcie, coraz się nasilając, już z górą 1½ roku. Bóle te odczuwa szczególnie w stopie i palcach, mają one charakter mrowiących, piekących i kłujących, pojawiają się na początku chodzenia, potem słabną, ale się wznawiają gdy się kładzie do łóżka. Bólów w łydce przy chodzeniu nie doświadczał. Przed 5 tygodniami pojawiło się owrzodzenie na wewnętrznej stronie małego palca oraz bóle w dolnej ⅓ części podudzia podczas chodzenia. Przypomina sobie, że zanim pojawiły się bóle przed 3 laty w kończynie lewej obserwował przez czas jakiś na niej czerwone plamki i guzki, które leczył okładami. Z chwilą powstania bólów pojawiło się zasinienie prawej stopy. Przyczyny pojawienia się bólów w kończynie dolnej prawej również podać nie może. Pochodzi z rodziny zdrowej. Chorób zakaźnych nie przechodził, kiły również nie miał, sposobności do zatrucia ołowiem nie było, alkoholu nie nadużywał, pali po 15 — 20 papierosów dziennie. Warunki życia i pracy ma zadowalające.

Budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Przy chodzeniu utyka na prawą nogę. Ze strony narządów wewnętrznych i układu nerwowego szczególniejszych zmian nie wykryto. W moczu brak składników patologicznych. We krwi zawartość cukru — 110 mg% — 75 mg%, zawartość innych składników normalna, tylko ilość kwasu moczowego dochodzi do 5,3 mg%. Hb. 113%. E.—5,632.000 L. 10.300. We wzorze Schilinga zaznacza się zwiększenie ciałek eozynochłonnych do 7.5%. Opadanie krwinek — 20 mm na godzinę. Objawów stwardnienia wzgl. miażdżycy aorty i innych tętnic nie udaje się stwierdzić. Ciśnienie krwi 120/80. Stopa lewa zlekka siniczo zabarwiona, tętnica grzbietowa niemacalna, na tętnicy piszczelowej tętno daje się wyraźnie wyczuć. Stopa prawa o wyraźnem siniczo - czerwonem zabarwieniu. Palec mały na stopie prawej ciemno-sinego koloru, ma na powierzchni wewnętrznej owrzodzenie wielkości monety dwugroszowej. Na tej stopie brak tętna w obu tętnicach. Wskaźnik oscylometryczny na ramieniu — mm (oscyll. Pachona) w dolnej części uda lewego — 7, w dolnej części podudzia lewego — 3, prawego — 0.

Na podstawie tego obrazu, biorąc pod uwagę młody wiek, płeć męską, narodowość żydowską, brak czynnika etjologicznego wzgl. usposabiającego, objawy podmiotowe (charakter bólu) i przedmiotowe (badanie naczyń bezpośrednie i oscylometryczne) rozpoznano — Tromboangiitis obliterans typu Buergera.

Referent korzysta z tej pierwszej sposobności w Tow. Lek. Wileńskiem, aby zwrócić uwagę na chorobę Buergera, zestawia ją z zarostowem zapaleniem tętnic typu Charcot i podkreśla zasadnicze różnice obu tych spraw.

Kwestja odrębności nosologicznej chor. Buergera budzi jeszcze poważne wątpliwości u wielu klinicystów, którzy biorą ją za zarostowe zapalenie tętnic, odbiegające od klasycznego typu Charcot o tyle, o ile chodzi o ludzi młodych.

Zasadniczo odmienny obraz zmian patologicznych (Buerger, Letulle) w obu tych sprawach jeszcze nie został należycie oceniony. Jedni uważają obie sprawy za całkiem pod każdym względem różne, inni za identyczne, zaś trzecia grupa klinistów uważa chor. Buergera za ciekawą odmianę Arteriitis obliterans typu Charcot. Dalsze badania są konieczne. Zainteresowanie sprawą w ostatnich czasach jeszcze bardziej wzrosło, gdy się przekonano, że czynnik rasowy gra w tej chorobie rolę nie wyłącznie u żydów, że sprawa nie oszczędza żadnej narodowości.

VI. Dr. *Puchowski* referuje o przypadku, podanym do sekcji z rozpoznaniem choroby Buergera, operowanym na oddziale chirurgicznym Szpitala Św. Jakóba i sekcjonowanym w Zakładzie Medycyny Sądowej.

Przypadek dotyczył młodego Białorusina. Na sekcji stwierdzono zgorzel płuc, ateromatozę dużych naczyń krwionośnych, sklerozę naczyń w narządach wewnętrznych i zanik sklerotyczny narządów.

Histologicznie stwierdzono w narządach zanik szlachetnych elementów komórkowych na korzyść bujania tkanki łącznej. Zmiany wsteczne są dalej posunięte w narządach niżej położonych. Referent zastrzega się, że badanie histologiczne przypadku nie było wyczerpujące.

W dyskusji zabierali głos Dr. Świda, Dr. Zarcyn i Prof. Pelczar.

VII. Dr. *M. Gordon* — Stany bezkwaśne żołądka.

VIII. Dr. *Burak*. Uszkodzenie mięśnia sercowego na podstawie badań elektrokardiograficznych

(Dr. *J. Ryll-Nardzewska)*
Sekretarz T-wa.

Nadzwyczajne posiedzenie z dnia 10 września 1934 r. na cześć lekarzy brazylijskich prof. A. Fontes'a i dr. Valois Souto, członków IX Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie.

Przewodniczący dr. *Sztolcman*. Obecnych 50 osób.

Prof. *A. Safarewicz* wita gości (po francusku).

Prof. *A. Fontes* wygłasza po francusku referat o zmienności biologicznej zarazka gruźliczego.

W swoim krótkim referacie prelegent przedewszystkiem wspomina o swoim sposobie (Ziel-Fontes) barwienia laseczników gruźliczych, który uwydatnia istotę kwasochłonną i ziarnistość gramdodatnią. Prace nad ziarnistością zarazka pozwoliły prelegentowi ustalić, że to są postacie żywotne zakażające, zgodnie z twierdzeniem wielu innych badaczy, że zarazek gruźliczy jest przesączalny i od postaci drobnego pylku niewidocznego dla oka poprzez ziarenka i laseczniki gramujemne i gramdodatnie kwasonieodporne stopniowo przechodzi

w laseczniki kwasoodporne z ziarnistością. Postać ziarnista występuje na nowo w kolonjach starych i stopniowo przekształca się w laseczniki.

Jako nowe potwierdzenie swego stanowiska prelegent podaje sposób barwienia nukleiny zarazka gruźliczego metodą Feulgen'a. Prelegent sądzi, że ultravirus gruźliczy ma swój wyraz w nukleinie. To barwienie metodą Feulgena daje dokładny obraz rozmieszczenia nukleiny, która narazie rozsiana w postaci drobnego pyłku przechodzi w postać widoczną dla oka i stopniowo przekształca się w laseczniki.

Dr. *J. Ryll-Nardzewska*
Sekretarz Towarzystwa

Dr. *G. Sztolcman*
Wiceprezes Towarzystwa.

Posiedzenie wspólnie z Wil. T-wem Pedjatrycznem z dnia 19 listopada 1934 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *Wł. Jakowicki.* Obecnych 64 osoby, w tem 29 członków T-wa i 35 gości.

I. Prof. Dr. *W. Jasiński* komunikuje o V Zjeździe Pedjatrów w Łodzi w listopadzie 1935 roku. Zgłoszenia przyjmują się do dnia 1 maja 1935 roku.

II. Prof. Dr. *Lelesz* wygłosił referat p. t. „Z nowych zagadnień witaministyki".

Prelegent przedstawia zmiany poglądów w dotychczasowem ujmowaniu zagadnień niedoborów witaminowych. Omawia postacie awitaminoz niezupełnych i nietypowych, podkreślając trudności ich rozpoznawania. Autor cytuje wyniki badań własnych oraz innych autorów, wskazując, że djeta bogata w węglowodany wzmaga zapotrzebowanie ustroju na witaminę „B", nadmiar tłuszczów opóźnia występowanie awitaminozy „B". Dla innych witamin wyprowadza podobną analogję i to nie tylko dla witamin, ale i dla wielu hormonów.

Prelegent przeprowadza analogję hyperwitaminoz z nadczynnością gruczołów dokrewnych i zwraca uwagę, że pomimo zależności działania witamin od szeregu czynników, należy zawsze rozpatrywać znaczenie witamin w przemianie materji z punktu widzenia pewnych, im tylko przynależnych praw, obejmujących wszelkie zależności synergetyczne, antagonistyczne i t. p.

III. Dr. *Przeździecka* wygłosiła referat p. t. „Wpływ witamin na laktację".

Prelegentka przedstawia badania nad wpływem kompleksu witamin „B" na laktację. Badania były przeprowadzone nad białemi szczurami w Zakładzie Fizjologji Zwierząt U. S. B. i wykazały, że witamina „B" kompleks jest niezbędna dla prawidłowej laktacji. Niedobór witamin „B" w djecie hamuje całkowicie sekrecję mleka u samic, powodując wytwarzanie się niepełnowartościowego mleka, czego następstwem u małych są objawy chorobowe charakterystyczne dla awitaminoz „B".

IV. Dr. *H. Marynowska* i Dr. *W. Kieljotisówna* wygłosiły refeferat p. t. „Odczyn Bezssonoffa i jego zastosowanie w wykrywaniu awitaminozy „C" u dzieci".

Odczynnik Bezssonoffa dodany do odbiałczonego i odpowiednio przygotowanego moczu powoduje wystąpienie barwy fioletowej. Niewystąpienie barwy fioletowej lub wystąpienie barwy bronzowej moczu dowodzi niedoboru witaminy „C“ w ustroju.

Prelegentki na 356 badań (192 przyp.) 18 razy stwierdziły kolor bronzowy (5% badań), zaś w 65% badań wystąpiło zmętnienie moczu, które towarzyszy najczęściej sprawom zapalnym, toczącym się w ustroju. Naogół odcz. Bezssonoffa jest bardzo czuły, wobec czego na zasadzie wystąpienia barwy fioletowej moczu nie można wnioskować, że dany osobnik ma dostateczną ilość witaminy „C“. Wystąpienie barwy bronzowej dowodzi niedoboru witaminy „C“, której dodanie w większej ilości powoduje w szybkim czasie przejście barwy bronzowej w fioletową.

Na zakończenie Prof. Dr. W. Jasiński zaznacza, że zebranie obecne jest próbą nawiązania kontaktu pomiędzy Kliniką a zakładami teoretycznemi.

W odpowiedzi na co Prof. Dr. Lelesz chętnie zgłasza współpracę.

W dyskusji zabierali głos: Prof. Dr. K. Pelczar, Dr. W. Iszora, Prof. Dr. Lelesz i Prof. Dr. M. Ejger.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. *J. Ryll-Nardzewska.*
Sekretarz T-wa.

Posiedzenie z dn. 26 listopada 1934 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *Wł. Jakowicki.* Obecnych 76 osób, w tem członków T-wa 33 i gości 43.

I. Doc. Dr. *B. Dylewski.* Pokaz 2-ch chorych z wadami mowy.

II. Prof. Dr. *J. Szmurło* wygłasza referat p. t. „Zagadnienie wad wymowy w szkole powszechnej“.

Prelegent przedewszystkiem zwraca uwagę na wielkie rozpowszechnienie wad wymowy w całem społeczeństwie i wielką pobłażliwość ogółu na te wady, czyniące mowę polską w ustach wadliwie mówiących brzydką i niezrozumiałą. Spostrzega się z wadami mowy nie tylko zwykłych pracowników, ale mówców, adwokatów, księży, speakerów radjowych, nauczycieli i t. p.

Wśród dziatwy szkół powszechnych m. Wilna procent źle mówiących według statystyki Brokowskiego za rok 1930/31 wyniósł 6,5% dla chłopców i 11,0% dla dziewcząt. Tymczasem w/g statystyki specjalisty Doc. B. Dylewskiego odsetek ten właściwie przedstawia się cyfrą 43%. Taka różnica w odsetkach daje się objaśnić tem, że w pierwszym przypadku dane o wymowie zbierali nauczyciele i lekarze szkolni, zwracający uwagę na wybitne zmiany, w drugim zaś przypadku—specjalista, który wyszukał wszelkiego rodzaju zboczenia i je zarejestrował. W szkołach warszawskich wady wymowy wynosiły w roku 1920/21 — 4% dla młodszych oddziałów i 1% dla starszych. W szkołach niemieckich nie przekraczały 2%. W pierwszych oddziałach wady mowy w/g Dylewskiego wynoszą nawet przeszło 70%. Dla tego zagadnienie walki z wadami mowy w szkołach wileńskich, a sądzić należy, że i w innych ośrodkach miejskich, zasługuje na baczną uwagę

W celu walki z temi wadami przed 3 lata zorganizowała Klinika Oto-laryngologiczna U. S. B. pod egidą Wydziału Lekarskiego U. S. B. kursy logologiczne

w których wzięli udział nauczyciele szkół powszechnych, wyznaczeni przez Kuratorjum O. Szk., oraz niektórzy lekarze szkolni. Większość wszakże tych ostatnich po kilku wykładach przestała uczęszczać. Kursy trwały 3 miesiące, bo obejmowały oprócz części teoretycznej również jeszcze i zajęcia praktyczne. W ten sposób szkoły wileńskie otrzymały zastęp nauczycielek i nauczycieli, obznajomionych z wadami mowy i ich leczeniem i zdolnych do wzięcia udziału w walce z temi wadami. Wyniki tej akcji nie dały na siebie długo czekać. W ciągu 1932/33 r. wspólna akcja przychodni logologicznej przy Klinice Oto-Laryngologicznej i Poradni Szkolnej oraz nauczycielstwa odpowiednio wyszkolonego dała w wyniku przeszło 3000 wyleczeń. Jednakże dotychczas jeszcze pozostaje zbyt duża liczba dzieci z wadami wymowy i do akcji muszą być pociągnięci i lekarze szkolni, dla których należałoby przy Klinice Oto-Laryngologicznej zorganizować teoretyczny i praktyczny kurs walki z wadami wymowy, trwający przynajmniej 3 tygodnie. Dopiero zjednoczona akcja przychodni logologicznej, lekarzy szkolnych i uświadomionego nauczycielstwa może opanować szerzące się wady wymowy w szkołach powszechnych na terenie miasta Wilna.

III. P. *J. Głębacki* (gość) wygłasza referat p. t. „Rola nauczyciela w walce z chorobami mowy i głosu".

Referent omawia kwestję wciągnięcia nauczyciela do akcji zwalczania w szkole wady mowy i głosu u dzieci, motywując to łatwością ich leczenia w wieku dziecięcym, możnością zapobiegania szerzeniu się tych chorób, przedstawiając je jako czynniki utrudniające jego pracę. Dalej omawia dotychczasową akcję nauczyciela w zwalczaniu chorób mowy i głosu, obecną akcję na terenie Wilna i przyszłą, zaznaczając, że sprawę tę należałoby ująć w ramy ustawy, aby obowiązkiem leczenia objąć wszystkie dzieci w wieku szkolnym.

IV. Doc. Dr. *B. Dylewski* wygłasza referat p. t. „Stan mowy i głosu u dzieci wstępujących do szkół wileńskich"

W dyskusji Dr. Puchowski wyraża zdanie, że tak duża ilość dzieci szkolnych w Wilnie, cierpiących na wady mowy, nie odpowiada stanowi faktycznemu, a jest raczej wynikiem zbyt subtelnych metod badania i możliwych błędów ze strony nauczycieli, którzy badania przeprowadzali, a między którymi znajdowali się osobnicy, cierpiący na wybitnie wyrażone wady mowy. Duża rozpiętość liczb statystycznych między zachodem Europy, Warszawą a Wilnem na niekorzyść Wilna mogła powstać naskutek zastosowania innych kryterjów i innych metod badania wad mowy.

Prof. Dr. W. Jakowicki sądzi, że skrupulatnie przeprowadzona alarmująca statystyka Prof. Dr. Szmurły i Doc. Dr. Dylewskiego wywrze wpływ dodatni na akcję zwalczania wad mowy.

Prof. Dr. J. Szmurło podkreśla, że zwalczanie wad mowy u dzieci, należące do zadań hygieny szkolnej, wchodzi w zakres obowiązków lekarza szkolnego.

Doc. Dr. B. Dylewski odpierając zarzuty D-ra Puchowskiego zaznacza, że człowiek wadliwie mówiący może raczej przeoczyć wadę mowy, do której się przyzwyczaił, niż wykrywać nieistniejącą, że badali nauczyciele wykwalifikowani i wprawni i że większość dzieci, podejrzanych o wady mowy była powtórnie badana przez lekarza-fonologa w przychodni szkolnej, gdzie wyznaczono i kontrolowano leczenie; wszystkie zaś dzieci pierwszych oddziałów były badane do-

kładnie przez lekarza specjalistę. Kraje zachodnie przed wprowadzeniem obowiązkowego planowego leczenia również wykazywały wysokie liczby dzieci mówiących wadliwie.

D. J. Ryll-Nardzewska.
Sekretarz.

Posiedzenie z dnia 3 grudnia 1934 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *Wł. Jakowicki.* Obecnych 91 osób w tem 42 członków T-wa i 49 gości.

I. Prof. Dr. *W. Jasiński.* — Pokaz chorego. — Przypadek całkowitej odmy opłucnowej prawostronnej u 12 letniego chłopca.

U 12 letniego chłopca (A. E.) we wrześniu 1933 r. bez napadu kaszlu wystąpiła gorączka i nieznaczna duszność; po kilkudniowem leżeniu w łóżku rozpoznano odmę opłucnową, co potwierdził radjogram.

Sprawa od tego czasu trwa bez przerwy — drugie zdjęcie klatki piersiowej, wykonane w maju 1934 r. nie wykazało różnicy w porównaniu z pierwszem. Poza tem chłopiec czuje się dobrze, nie gorączkuje, nie kaszle, chodzi dość szybko, męczy się jednak przy znaczniejszym wysiłku.

Rozwój fizyczny dość dobry, odżywianie upośledzone. Gruczoły liczne — grochy i groszki. Odczyn Pirquet'a dodatni. Klatka piersiowa w górnej części po stronie prawej znacznie wypuklona. — Prawa połowa klatki piersiowej nie bierze udziału w ruchach oddechowych. Opukiwanie stwierdza po stronie prawej wyraźny odgłos bębenkowy, po lewej wypuk z odcieniem bębenkowym. Przy osłuchiwaniu stwierdza się po stronie prawej na całej przestrzeni oddech dzbanowy. Przewodnictwo głosowe zniesione. Granic serca nie można określić — uderzenie koniuszkowe w 7 przestrzeni międzyżebrowej na linji pachowej przedniej, tony głuche, tętno miarowe — 100. Rentgenogram wykazał, że prawa połowa klatki piersiowej jest całkowicie wypełniona przez powietrze — płuco prawe widoczne jest w postaci większego paska poza kręgosłupem w lewej połowie klatki piersiowej, śródpiersie przesunięte w lewo, serce i naczynia krwionośne—w postaci wydłużonego cienia na linji pachowej lewej przedniej.

Prelegent omawia właściwości odmy u dzieci, podkreślając łagodniejszy przebieg, częstsze występowanie odmy u dzieci wolnych od gruźlicy, rzadsze zakażenie opłucnej (odma jałowa) oraz pomyślniejsze zejście. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabierali głos Prof. Dr. K. Pelczar, Prof. Dr. K. Michejda i Dr. F. Świeżyński.

Prof. Dr. *K. Michejda* przedstawia 2 przypadki:

1) chorą cierpiącą od lat 10 na gruźlicę kolana, u której przed 4-ma laty w 8 miesięcy po drugim prawidłowym porodzie powstała przetoka moczowodowo-pochwowa po stronie prawej. Badania pyelograficzne ujawniły istnienie torbielowatego zwyrodnienia nic nie wydzielającej prawej nerki przy równoczesnych zmianach w dolnym biegunie dobrze funkcjonującej lewej nerki (gruźlica?)

Usunięto prawą nerkę, zmienioną torbielowato bez wyraźnych zmian gruźliczych. Moczowód znacznie rozszerzony. Wyleczenie ze znaczną poprawą stanu ogólnego; przetoka stała się po zabiegu nieczynna.

2) Chorą lat 42 z żółtaczką, trwającą od 6 tygodni z równoczesnem zakażeniem dróg żółciowych. W woreczku kamieni ani ostrych zmian nie stwier-

dzono wobec czego ograniczono się do choledochotomii i drenażu dróg żółciowych z wynikiem pomyślnym.

Mówca podkreśla konieczność wcześniejszego kierowania chorych z żółtaczką mechaniczną do zabiegu operacyjnego.

III. Dr. *Wołkowyski* przedstawia przypadek ciała obcego w górnych drogach oddechowych.

Doc. Dr. *M. Mienicki.* — Pokaz 2-ch chorych (omówienie poniżej w pkt. VII.

V. Dr. *J. Kucharski* przedstawia chorą lat 22,

operowaną z powodu angina Ludovici, u której z powodu narastającej duszności po 3 godzinach dokonano tracheotomji górnej. Przebieg pooperacyjny dobry.

VI. Prof. Dr. *K. Pelczar* i *M. Kołosowski* wygłaszają referat p. t. „O hodowli tkanek poza ustrojem".

Do utrzymania wzrostu normalnego tkanek hodowanych in vitro potrzebne jest obok podłoża z osocza skrzepniętego obecność wyciągu z tkanki zarodkowej. Ostatnio Zakrzewski stwierdził, że surowica sama bez dodatku wyciągu zarodkowego jest w stanie utrzymać wzrost tkanek, o ile zawiera dodatek heparyny, której działanie nie jest dostatecznie wyjaśnione, jakkolwiek ma ona oddziaływać na zawartą w surowicy protrombinę koniecznie potrzebną dla wzrostu tkanki poza ustrojem.

Autorzy stwierdzili, że można hodować tkankę nawet zwierząt dorosłych, o ile wyciąg embrjonalny zastąpimy mieszaniną kefaliny i kwasu adenylowego, a więc składników, które oddziaływają również na protrombinę w procesie krzepnienia. Podobne własności, chociaż w stopniu mniejszym, wywiera dodatek kwasu adenylowego, adenozyny i kefaliny samej, chociaż w stopniu najsłabszym. Wszystkie te ciała będące w ustroju, jak widać, biorą ścisły udział w procesach regeneracyjnych i można je uważać na podstawie danych doświadczeń za czynnik wzrostu w soku zarodkowym.

W dyskusji Prof. Dr. S. Hiller podkreślił ważność badań Prof. Pelczara dla biologji i wspomina o badaniach swoich wpływu tych samych substancji na zjawisko regeneracji u zwierząt.

VII. Doc. Dr. *M. Mienicki* i *B. Krzywobłocki* wygłaszają referat p. t. „O zachowaniu się globulin surowic kiłowych w próbie wiązania dopełniacza". (Doniesienie tymczasowe).

Autorzy strącali dwutlenkiem węgla frakcję globulinową z 10 cm^3 surowic zinaktywowanych kiłowych i niekiłowych. Strąt rozcieńczali różnemi ilościami 0,9%NaCl, otrzymując w ten sposób większe zagęszczenie globulin, niż to ma miejsce w surowicy. Z rozcieńczeniami przerabiali próbę wiązania dopełniacza w/g metody B-Ruelensa. W wyniku tych badań dało się stwierdzić, że: a) część globulinowa surowic podejrzanych o kiłę daje z antygenem B-Ruelensa próbę odchylenia dopełniacza; b) przy słabo zaznaczonych cechach hamowania hemolizy w surowicy strącone z niej globuliny mają tę właściwość znacznie wyraźniej zaznaczoną; c) surowice ujemne w przypadkach Lues seronegativa mają glubuliny, mogące dać wyraźne i swoiste odchylenie dopełniacza; d) globuliny, otrzymane ze krwi zhemolizowanej, oraz globuliny wysuszone tracą zdolność hamowania hemolizy; e) albuminy, znajdujące się w surowicy, nie przeszkadzają zjawisku hamowania hemolizy,

a osłabienie tego zjawiska w części albuminowej surowicy po strąceniu globulin, przypisać można zmniejszeniu ilości globulin, oraz rozcieńczeniu pozostałych albumin.

Referat został poprzedzony i poparty pokazem chorych z Kliniki Dermatologicznej U. S. B., u których jedynie omawiana próba daly wyniki dodatnie, wówczas gdy inne odczyny djagnostyczne były ujemne (luetynowe, Mac Intosha, Sachs-Georgiego, cytocholowe i B-Reulensa z surowicą). Zastosowane leczenie potwierdziło swoistość istniejących zmian w demonstrowanych przypadkach (autoreferat).

W dyskusji Prof. Pelczar zaznacza, że to są badania ciekawe, ale szkoda, że narazie obejmują mało przypadków i zapytuje, czy były badane przypadki nieswoistego zahamowania hemolizy u ciężarnych i chorych na zimnicę oraz na nowotwory.

Dr. St. Fedosewicz podkreśla, że już przed wielu laty (1907 roku) Landsteiner i Müller strącali globuliny w surowicach kiłowych i normalnych zapomocą wody, zawierającej dwutlenek węgla, i rozpuszczali ten osad w fizjologicznym rozczynie soli kuchennej. Roztwory te zastosowane przez autorów do reakcji wiązania dopełniacza dawały podobne wyniki, jak same surowice, przytem zauważyli, że roztwory te dają czasami czulsze reakcje i powodują silniejsze zahamowanie hemolizy. Równocześnie stwierdzili, iż te roztwory globulin nie dają reakcyj swoistych w stanie czynnym (niezinaktywowanym). Po zinaktywowaniu zaś roztworów otrzymywali jednak i zupełnie analogiczne, charakterystyczne dla kiły, wiązanie dopełniacza, jak z surowicą. Więc dawno już zostało ustalone, że kiłowe reaginy należy szukać w globulinowej frakcji surowicy. Ciż sami autorzy, Landsteiner i Müller, stwierdzili również, że nawet roztwory globulin z normalnych surowic czasami, niestety, też dają dodatni odczyn wiązania dopełniacza. Wobec powyższego mówca zapytuje: 1 o czy w wykonanych próbach przez Doc. Mienickiego używane były rozczyny globulin również i w stanie czynnym, oraz 2-o prosi o wyjaśnienie, gdzie właściwie należy szukać przyczyn różnicy tego, że prelegent otrzymał na swym tak szczupłym materjale wyłącznie swoiste i bardziej czułe wyniki, posługując się metodą Landsteiner i Müllera, niż sami autorzy tej metody, których wyniki opierały się na dużym materjale przez nich zbadanym i które następnie potwierdzone zostały przez szereg autorów. (Streszczenie własne).

Następnie zabrał głos Dr. B. Hanusowicz.

Doc. Dr. M. Mienicki w odpowiedzi Dr. Ryll-Nardzewskiej i Prof. Dr. Pelczarowi zaznaczył, że w badanych przypadkach surowice niekiłowe nie wykazują zahamowania hemolizy; w kwestji, czy wiązanie dopełniacza z frakcją globulinową może występować w takich stanach chorobowych, jak nowotwory, zimnica lub podczas ciąży i t. p., nie może narazie udzielić wyjaśnień, gdyż dotychczasowe badania nie obejmują tego rodzaju przypadków. Co się tyczy zagadnienia, czy w danym przypadku zachodzi tylko zagęszczanie, czy też i inne czynniki grają tutaj rolę, odpowiedź jest trudna, zwłaszcza wobec rozbieżności zdań w ocenie zjawisk odpornościowych w kile. Tak np. Levedidi i Marie kwestjonują istnienie przeciwciał w kile, natomiast Sézary uważa za niemożliwe przypuszczać, by w kile był brak przeciwciał.

Dr. *J. Ryll-Nardzewska.*
Sekretarz T-wa

Protokół Dorocznego Zebrania Wileńskiego T-wa Lekarskiego

dnia 12 grudnia 1933 r.

Obecnych 21 członków Towarzystwa.

I. Prezes Towarzystwa Prof. Dr. *Władysław Jakowicki* po zagajeniu Walnego Zebrania udziela głosu stałemu sekretarzowi T-wa *A. Safarewiczowi,*

który wygłasza przemówienie, nawiązując do dawnych tradycyj T-wa Lekarskiego i proponuje uczcić pamięć założycieli Towarzystwa.

Następnie Prezes Prof. Dr. Jakowicki wygłasza odczyt w którym omawia rękopis Nr. 55 ze zbiorów Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Są to skrypta wykładów chorób kobiecych, pisane przez późniejszego profesora Uniwersytetu Wileńskiego Abichta. Na tytułowej karcie widnieje napis „De morbis foeminarum" Wilnae A^0 — 1815. w dole podpis Abichta. Późniejsza co do czasu okładka zawiera dodatek „Praelectiones Profess. Abicht" z poprawką innem pismem po przekreśleniu „Abicht" Joz. Frank, a poniżej dopisek „a studioso Abicht".

Po omówieniu treści skryptów prelegent na podstawie pewnych wzmianek, zawartych w rękopisie i zestawienia danych historycznych dochodzi do wniosku, że skrypta te oparte są na wykładach Andrzeja Matusewicza.

Po zakończeniu odczytu Prezes T-wa proponuje powołać na Przewodniczącego Zebrania Prof. Dr. A. Januszkiewicza i na sekretarza Dr. Wł. Łobzę. Wniosek jednogłośnie przyjęto.

II. Doc. Dr. *Wacław Zaleski* odczytuje protokół ostatniego Walnego Zebrania, który jednogłośnie przyjęto.

III. Sprawozdanie ustępującego Zarządu:

a) sprawozdanie ogólne odczytuje Doc. Dr. W. Zaleski,

b) sprawozdanie Komitetu Redakcyjnego odczytuje Sekr. Stały Prof. Dr. A. Safarewicz,

c) sprawozdanie bibljoteczne Doc. Dr. E. Czarnecki,

d) sprawozdanie kasowe odczytuje Dr. W. Bądzyński,

e) sprawozdanie Komisji Rewizyjnej odczytuje Dr. Z. Zawadzki.

Po odczytaniu i przyjęciu sprawozdań Zebranie udziela absolutorjum ustępującemu Zarządowi, przewodniczącemu zaś składa podziękowanie za wydajną pracę w roku ubiegłym.

IV. Dr. *W. Bądzyński* odczytuje preliminarz budżetowy T-wa na rok 1934.

V. Dr. *L. Karyszkowski* prosi o informacje w sprawie przeprowadzonego porządkowania Bibljoteki T-wa.

Prof. Dr. Jakowicki wyjaśnia, że sposób katalogowania oparty jest na nowoczesnych metodach i odbywa się przy pomocy fachowych pracowników Bibljoteki Uniwersyteckiej.

VI. Dokonano wyboru nowych członków T-wa.

Członkami Wil. T-wa Lekarskiego zostali: Dr. St. Januszkiewicz (21 gł.), Dr. H. Bujwid-Dźwillowa (21 gł.), Dr. E. Gerlée (21 gł.), Dr. G. Gordon (21 gł.), Dr. J. Rydzewska (21 gł.), Dr. J. Szelhaus (20 gł.).

VII. Wybory Władz Towarzystwa na rok 1934.

Na prezesa T-wa obrano jednogłośnie Prof. Dr. Władysława Jakowickiego. Vice-Prezesami zostali Dr. Dr. Gustaw Sztolcman i Eljasz Sedlis. Reszta Władz T-wa pozostała bez zmian.

VIII. W wolnych wnioskach

Dr. W. Bądzyński proponuje skreślić z listy członków T-wa tych członków, którzy od dłuższego czasu zaniedbują obowiązek opłacania składek członkowskich. Wniosek przyjęto. Na tem zebranie zamknięto.

Dr. *Wł. Łobza*
Sekretarz.

Prof. Dr. *A. Januszkiewicz*
Pzewodniczący Zebrania.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

za czas od 12.XII 1933 r. do 11.XII 1934 r.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie w roku sprawozdawczym 1934, a 129 swego istnienia, wykazało dalszy rozwój pod względem naukowym.

Na 27 posiedzeniach zwyczajnych i 1 nadzwyczajnem, poświęconem przyjęciu uczonych brazylijskich: Prof. Fontesa i Dr. Souto, wygłoszono 66 referatów i przedstawiono 73 pokazów.

Zarząd Towarzysta wspólnie z Wydziałem Lekarskim U. S. B. rozpoczął pracę przygotowawczą nad reprodukcją fotograficzną Pamiętników Franka. Na ten cel Rada Wydziału Lekarskiego U.S.B. wyasygnowała 500 zł., a Towarzystwo poczyniło starania w celu uzyskania zapomogi z Funduszu Kultury Narodowej. Jest to praca zakrojona na wielką skalę, zabezpieczy ona tę cenną pamiątkę od zniszczenia. Do preliminarza budżetowego na rok 1935 Zarząd prosi Walne Zebranie wstawić na ten cel kwotę zł. 500.

Pod względem finansowym sytuacja Towarzystwa uległa pewnej poprawie. Wprawdzie wpływ składek członkowskich w roku sprawozdawczym nie uległ zmianie, a nowych członków przybyło bardzo mało, natomiast pozycja opłat za prenumeratę „Pamiętnika Wileńskiego T-wa

Lekarskiego" oraz zwrot kosztów druku prac znacznie się zwiększyła. Zarząd nie poczynił większych wydatków na lokal, co zresztą ze względu na przeszłoroczny remont było rzeczą mniej pilną i ograniczył się tylko do zakupienia ekranu do rentgenogramów; Zarząd wspólnie z Komitetem Redakcyjnym przeprowadził też pewne oszczędności w wydawnictwie „Pamiętnika" Towarzystwa.

W skład Zarządu T-wa wchodzili w roku sprawozdawczym:

Prof. Dr. Wł. Jakowicki — prezes, Dr. Dr. G. Sztolcman i E. Sedlis — vice-prezesi, Prof. Dr. A. Safarewicz — stały sekretarz, Dr. J. Ryll-Nardzewska i Doc. Dr. W. Zalewski — sekretarze doroczni Dr. W. Bądzyński — skarbnik i Doc. Dr. E. Czarnecki—biblojotekarz. Komisja Rnwizyjna składała się z Dr.Dr. Z. Zawadzkiego, A. Wirszubskiego i W. Giedgowda.

Przewodniczącym Sekcji Wojewódzkiej był Dr. H. Rudziński.

Do Komitetu Redakcyjnego należeli: redaktorowie Prof. Dr. W. i Prof. Dr. A. Safarewicz, redaktor administracyjny Dr. M. Minkiewicz, zastępca redaktora administracyjnego Doc. Dr. W. Zaleski, oraz członkowie Komitetu Dr. W. Bądzyński, Doc. Dr. E. Czarnecki, Dr. S. Lewande, Dr. H. Budziński, Prof. D. S. Schillng-Siengalewicz, Prof. Dr. J. Szmurło i Dr. A. Wirszubski.

Na początku roku sprawozdawczego Wileńskie Towarzystwo Lekarskie liczyło: 34 członków honorowych, 123-rzeczywistych, oraz 24 członków Sekcji Wojewódzkiej. Razem: 181 członków.

W ciągu roku zmarł członek honorowy Dr. Władysław Bujalski.

Przybyło 2 członków (Dr. Abraham Lidzki i Dr. Bronisław Puchowski).

W końcu roku sprawozdawczego T-wo liczyło 182 członków.

W roku ubiegłym odbyło się 28 posiedzeń naukowych, w tej liczbie 1 nadzwyczajne z udziałem uczonych brazylijskich, 5 z Kołem Wileńskiem T-wa Internistów Polskich, 2 z Wileńskiem T-wem Pedjatrycznem, 2 z Wileńskiem T-wem Oto-Laryngologicznem, 1 z Wileńskiem T-wem Okulistycznem i Oto-Laryngologicznem, 1 z T-em Chirurgów Polskich, 1 z Wileńskiem T-wem Ginekologicznem, 1 z T-wem Przyrodników im. Kopernika.

Frekwencja członków wahała się w granicach od 15 do 37; frekwencja gości od 12 do 68. Na posiedzeniu wspólnem z T-wem Przyrodników im. Kopernika, odbytem w Auli Kolumnowej U. S. B. było obecnych członków obu Towarzystw — 142, oraz gości w liczbie ponad 500 osób.

Zarząd T-wa odbył 4 posiedzenia.

Na posiedzeniach naukowych T-wa wśród wygłoszonych 66 referatów i odczytów wygłosili członkowie 35, goście 28, wspólne 3; wśród uskutecznionych 73 pokazów — członkowie przedstawili 64 przypadki, goście 9, (zgodnie z poniżej podaną listą).

Na posiedzeniu T-wa w dniu 17 października 1934 r. na wniosek Zarządu, uchwalono, że nadal posiedzenia naukowe Wil. T-wa Lekarskiego będą się odbywały w poniedziałki zamiast w środy, jak to było dotychczas, oraz zostanie uruchomiona czytelnia w lokalu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej we środy i soboty od godz. 17 do 19.

Doc. Dr. *W. Zaleski*
Sekretarz T-wa.

Wykaz wygłoszonych referatów i odczytów na posiedzeniach naukowych w r. 1934.

1. Abramowicz i Zaleski — Odmiana odczynu Zondeka-Aschheima na króliczkach.
2. Abramowicz i Wąsowski — O związku czynności dróg łzowych ze zmianami w nosie.
3. Achmatowicz — 61 przypadków skrętu esicy, oraz uwagi o ich leczeniu operacyjnem.
4. Bagiński — Szczepienia B. C. G. w świetle badań krytycznych.
5. Burak (gość) — Przyczynek do rozpoznawania dusznicy bolesnej.
6. Burak (gość) — Znaczenie odczynu Biernackiego w rozpoznawaniu zawału mięśnia sercowego.
7. Burak (gość) — Uszkodzenie mięśnia sercowego na podstawie badań elektrokardiograficznych.
8. Cholem (gość) — Kamień pęcherza moczowego wielkości wiśni.
9. Dowgielewicz (gość) — O biologicznych pierwiastkach chemicznych, występujących w światach roślinnym i zwierzęcym w świetle fizyki współczesnej.
10. Dowgielewicz i Ostrowska (goście) — O chronometrycznej metodzie oznaczania jodków w płynach ustrojowych.
11. Dowgielewicz (gość) — Ciężki wodór, ciężka woda i jej własności fizjologiczne.
12. Dylewski — Stan mowy i głosu u dzieci, wstępujących do szkół wileńskich.
13. Fedosewicz (gość) — Allergja a immunizacja ustroju w przebiegu chorób zakaźnych skórnych i wenerycznych.

14. F o n t e s (gość) — O wielopostaciowości zarazka gruźliczego (po francusku).

15. F r y d m a n (gość) — Cukrzyca a zaburzenia układu krążenia.

16. F r y d m a n (gość) — Wpływ wody Buskiej na czynność wydzielniczą żołądka.

17. G e l m a n — Metody biologiczne wczesnego rozpoznawania ciąży.

18. G ł ę b o c k i (gość) — Rola nauczyciela w walce z chorobami mowy i głosu.

19. P r o f. G o d l e w s k i (gość) — Stanowisko człowieka w przyrodzie.

20. G o r d o n (gość) — Stany bezkwaśne żołądka.

21. H u r y n o w i c z ó w n a i C z a r n e c k i — W sprawie określania przez skórę chronaksji subordynacyjnej i konstytucyjnej nerwu błędnego u królików.

22. P r o f. J a k o w i c k i — W sprawie etjologji ciąży pozamacicznej.

23. J a n u s z k i e w i c z S t.—Kamica trzustki z punktu widzenia radiologicznego.

24. J a n u s z k i e w i c z S t. — Żylaki przełyku w obrazie roentgenowskim.

25. P r o f. J a s i ń s k i — O zwężeniach odźwiernika u niemowląt.

26. K a p ł a n — Przypadek kamicy żółciowej u 15-letniej dziewczynki.

27. K u l i k o w s k i — Przypadek rozstrzeni oskrzeli, leczony wyrwaniem nerwu przeponowego.

28. K u n c e w i c z ó w n a—Uwagi o stosowaniu wyrwania nerwu przeponowego u chorych szpitalnych.

29. P r o f. L e l e s z (gość) — Z nowych zagadnień witaministyki.

30. P r o f. L o t h (gość) — O człowieku przedhistorycznym.

31. M a r y n o w s k a — Badanie chemiczne krwi, jako podstawa do wskazań leczniczych w zaburzeniach drożności odźwiernika u niemowląt.

32. M a r y n o w s k a i K i e l j o t i s ó w n a (gość) — Odczyn Bezsonoff'a i jego zastosowanie w wykrywaniu awitaminozy C u dzieci.

33. P r o f. M i c h e j d a — Druga serja zapaleń wyrostka robaczkowego w Klinice Chirurgicznej U. S. B. (800 przyp).

34. P r o f. M i c h e j d a — Odma pęcherzykowa jelit.

35. „ „ — O leczeniu operacyjnem zwężenia oddźwiernika u niemowląt.

36. M i e n i c k i — Próby wzmożenia leczniczego działania diety bezsolnej u chorych z wilkiem.

37. M i e n i c k i i K r z y w o b ł o c k i (gość) — O zachowaniu się globulin surowic kiłowych w próbach wiązania dopełniacza.

38. O k o ł o w - H r y n k i e w i c z o w a (gość) — Pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowngo.

39. P r o f. P e l c z a r, oraz L e w i n s o n i K u c z a r o w (goście — Wpływ heparyny na fizyczno-chemiczną właściwość krwinek czerwonych.

40. P r o f. P e l c z a r — Nowe dane o krzepliwości krwi.

41. P r o f. P e l c z a r i K o ł o s o w s k i (gość) — O hodowli tkanek poza ustrojem.

42. P e r e l m a n (gość) — Gruźlica nerki w obrazie roentgenowskim.

43. P e r e w o s k i (gość) — Kilka uwag o krwawiączce w związku z obserwowanym przypadkiem.

44. P r a ż m o w s k i (gość) — Uwagi i wnioski w spr. szczepień ochronnych błonicy (na podstawie materjału Komitetu Wileńskiego).

45. P r z e ź d z i e c k a (gość) — Wpływ witamin na laktację.

46. P u c h o w s k i (gość) — Z kazuistyki Zakładu Medycyny Sądowej U. S. B. (omówienie 4-ch przypadków).

47. P u c h o w s k i (gość) O przypadku choroby Buergera na oddz. chirurg. Szpitala Św. Jakóba w Wilnie (sekcjonowanego w Zakładzie Medycyny Sądowej U.S.B.).

48. P r o f. R o s e — O uraźności systemu nerwowego.

49. R u b i n s z t e j n (gość) — Znaczenie śledziony w powstawaniu gorączki

50. S a l i t ó w n a — Niedokrewność złośliwa w oświetleniu materjału II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. S. B.

51. S a l i t ó w n a — Przypadek akromegalji z ciężkiem zaburzeniem przemiany węglowodanowej.

52. S a l i t ó w n a — Spostrzeżenia poczynione w Druskienikach nad wpływem niektórych zabiegów wodoleczniczych na układ krążenia.

53. S a l i t ó w n a — Wpływ solanki Druskienickiej na czynność wydzielniczą żołądka.

54. S a m b o r s k i (gość) — Sprawa współistnienia gruźlicy i raka płuc.

55. S e d l i s — Przypadek endometriosis pęcherza moczowego.

56. S z a b a d — Zagadnienie gośćca na IV Międzynarodowym Kongresie Antyreumatycznym w Moskwie.

57. P r o f. S m u r ł o — O uszkodzeniach promieniami Roentgena i radu w dziedzinie górnego odcinka dróg oddechowych.

58. P r o f. S z m u r ł o — Cierpienia allergiczne górnego odcinka dróg oddechowych i ucha.

59. P r o f. S z m u r ł o — Zagadnienie chorób mowy i głosu na terenie szkoły.

60. W a ś n i e w s k a (gość) — Przypadek kamicy trzustkowej.

61. W ą s o w s k i i H u r y n o w i c z ó w n a — Zmiany pobudliwości nerwu błędnego na sztucznie wywołanym zakrzepie żyły szyjnej badane metodą chronaksji.

62. W ą s o w s k i — Przyczynek do fizjologji nerwu przeponowego.

63. W o j t u l e w s k i (gość) — O elektrokolorymetrji i metodach kolorymetrycznych oznaczeń.

64. W o ł k o w y s k i (gość) — Powikłania oczodołowe i oczne w przebiegu zapaleń zatok bocznych nosa.

65. Z a r c y n — W sprawie techniki operacji wola.

66. Z i e n k i e w i c z (gość) — Przyczynek do wyników szczepień ochronnych B. C. G.

Wykaz przedstawionych przypadków na posiedzeniach naukowych Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w r. 1934.

1. Abramowicz — Pokaz chorego z akomodacyjnem poruszaniem się zaćmień soczewki.

2. Abramowicz — Pokaz przypadku Ophtalmoplegia internuclearis

3. „ i Wąsowski — Pokaz chorego z t. zw. zespołem nosowo-łzowym.

4. Achmatowicz — Pokaz chorego po usunięciu kamienia z miedniczki nerkowej.

5. Długi (gość) — Przedstawienie przypadku ciąży śródmiąższowej, operowanego z powodu rozpoznania ciąży pozamacicznej.

6. Dylewski — Pokaz chorych z wadami mowy.

7. „ — Pokaz ulepszonej pensety chirurgicznej.

8. Fedosewicz (gość) — Pokaz przypadku względnie rzadkiej postaci Lues tertiaria tuberculo-ulcerosa serpiginoso-superf.

9. Gilels — Pokaz chorej i preparatu żołądka usuniętego wraz z guzem wielkości głowy dziecka, zrośniętym z krzywizną dużą żołądka.

10. Prof. Jakowicki — Pokaz preparatu utrzymanej ciąży trąbkowej 5 tygodni.

11. Prof. Jakowicki — Pokaz chorej po powtórnem cięciu cesarskiem w dolnym odcinku.

12. Prof. Jakowicki — Pokaz preparatu macicy, przebitej w dnie szczypczykami poronieniowemi Wintera.

13. Prof. Jakowicki — Pokaz preparatu skrętu trąbki prawej u pierwiastki w IX m. ciąży.

14. Prof. Januszkiewicz A. — Pokaz chorych z zespołem Courvoisier w kamicy żółciowej.

15. Prof. Januszkiewicz A. — Pokaz przypadku nerki podkowiastej.

16. Prof. Januszkiewicz A. — Pokaz przypadku nacieku zapalnego na wrzodzie okrągłym żołądka.

17, Prof. Januszkiewicz A. — Pokaz przypadku gruźlicy kątnicy, oraz części jelita grubego.

18. Prof. Januszkiewicz A. — Przypadek choroby Buerger'a.

19. Januszkiewicz St. — Pokaz przyrządu pomocniczego do centrowania.

20. Prof. Jasiński — Pokaz dziecka z odmą opłucnową.

21. Kiakszto — Przypadek diastasis musculorum (m. rect. abd.) z wytworzeniem się przepukliny znacznych rozmiarów wzdłuż linji środkowej.

22. Kucharski J. — Pokaz chorego z raną cięto-kłutą poniżej łuku żebrowego lewego z uwięzniętem przebitem jelitem zstępującem.

23. Kucharski J. — Pokaz chorego z guzem, wychodzącym z jelita ślepego łącznie z jelitem ślepem, wstępującem i odcinkiem jelita biodrowego.

24. Kucharski J. — Pokaz chorej operowanej dwukrotnie z powodu angina Ludovici i dalszych powikłań.

25. Mahrburg—Pokaz preparatów przerostu odźwiernika noworodka.

26. „ — Pokaz preparatu guza podstawy mózgu 4-letniego dziecka.

27. „ — Pokaz preparatu przerostu odźwiernika 45-letniego mężczyzny.

28. „ — Pokaz preparatu guza podstawy mózgu mężczyzny z objawami kacheksji przysadkowej oraz zanikiem przez ucisk siodełka kości klinowej.

29. Mahrburg — Pokaz preparatu raka pęcherzyka żółciowego z licznemi przerzutami.

30. Mahrburg — Pokaz preparatu wrodzonego otworu krezki i spowodowanego przez niego skrętu jelit.

31. Mahrburg — Pokaz preparatów makroskopowych i drobnowidowych kilku przypadków wrodzonego zwężenia odźwiernika u niemowląt.

32. Prof. Michejda — Pokaz chorej operowanej z powodu palca młotowatego.

33. Prof. Michejda — Pokaz chorego operowanego z powodu skrętu esicy z martwicą tejże.

34. Prof. Michejda — Pokaz chorej z rakiem pętli śledzionowej.

35. „ „ — Pokaz przypadku guza jelita grubego.

36. „ „ — Przedstawienie przypadku wysięku prawostronnego na tle gruźliczem.

37. Prof. Michejda — Pokaz chorej z neuralgją gałązki szczękowej dolnej nerwu trójdzielnego.

38. Prof. Michejda — Pokaz chorej po resekcji krwawiącego wrzodu żoładka.

39. Prof. Michejda — Pokaz preparatu guza nadnercza.

40. „ „ — Pokaz chorej z usuniętą nerką z powodu przetoki moczowodowo-pochwowej.

41. Prof. Michejda — Pokaz chorej obserwowanej z powodu kamicy żółciowej powikłanej ropnym procesem woreczka.

42. Prof. Michejda — Pokaz chorej z wrzodem żołądka i kamicą żółciową.

43. „ „ — Pokaz chorego z anurją wskutek zatkania prawego moczowodu przez kamień.

44. Prof. Michejda — Pokaz 2-ch kamieni, usuniętych z prawego moczowodu.

45. Mienicki — Pokaz przypadku ostrej rzeżączki powikłanej stulejką.

46. „ — Przedstawienie przypadku z Kliniki Dermatolog. U.S.B. pro diagnose.

47. Mienicki — Pokaz 2-ch chorych z ujemnym odczynem serologicz.

48. Okołow-Hrynkiewiczowa (gość) — Pokaz chorego ze skaczącem rozszerzeniem źrenic.

49. Pomeranc (gość) — Pokaz przypadku nerki podkowiastej.

50. Puchowski (gość) — Pokaz przypadku zatoru powietrznego po cięciu cesarskiem.

51. Romanowski (gość)—Przypadek ciąży pozamacicznej przenoszonej.

52. Ryll-Nardzewski — Pokaz przypadku „Acne necrotica".
53. „ — Pokaz przypadku gruźlicy brodawkowatej, powikłanej gruźlicą wrzodziejącą.
54. Ryll-Nardzewski — Pokaz przypadku przyłuszczycy.
55. „ — Pokaz przypadku wrzodu miękkiego na palcu.
56. Prof. Szmurło — Pokaz przypadku przewlekłego ropnego zapalenia prawej zatoki czołowej i zatok sitowych przednich.
57. Prof. Szmurło — Pokaz chorego, operowanego z powodu zakrzepu zatoki esowatej prawej, powikłanej ciężką posocznico-ropnicą.
58. Prof. Szmurło — Pokaz chorego po przebytym ropniu mózgowym lewostronnym płata skroniowego.
59. Prof. Szmurło — Przypadek guza wielkości małego jaja kurzego, wyłuszczonego z migdałka 55-letniej chorej.
60. Prof. Szmurło — Pokaz chorego po przebyciu ciężkiej posocznico-ropnicy z powodu zakrzepu i zapalenia okołozatokowego zatoki esowatej prawej.
61. Prof. Szmurło — Pokaz chorego, operowanego z powodu guza okolicy migdałkowej lewej.
62. Prof. Szmurło — Pokaz przypadku ogromnego polipa choanalnego, oderwanego zapomocą haczyka Langa.
63. Prof. Szmurło — Pokaz chorej z pęcherzycą jamy ustnej.
64. Wąsowski — Pokaz chorego z ropnem zapaleniem ucha.
65. „ — Pokaz chorej z gruźlicą krtani, leczonej promieniami Roentgena.
66. „ — Pokaz chorej po operacji laryngostomji z powodu zwężenia krtani.
67. Wołodźko — Przypadek nadmiernego rogowacenia naskórka u dziewczyny.
68. Wołkowyski (gość) — Przypadek ciała obcego (igły) w górnych drogach oddechowych.
69. Zalewski — Przedstawienie przypadku Ca fermoris.
70. Załkindson — Pokaz zdjęcia roentgenowskiego przebicia owrzodzenia odźwiernika po upływie 10 godzin od momentu perforacji.
71. Zarcyn — Pokaz chorej po nacięciu ropnia prawego przymacicza.
72. Zienkiewicz (gość) — Przypadek Arachnodaktylji u 4-letniego chłopca.
73. Zienkiewicz (gość) — Przypadek Dystrophia musculorum progressiva u 6 letniego chłopca.

Sprawozdanie Komitetu Redakcyjnego Pamiętnika Wil. T-wa Lek. za rok 1934.

W roku sprawozdawczym, t. zn. od 12.XII 1934 r. do 12.XII 1934 r. wydano zeszyt 6-ty Pamiętnika z r. 1933 i 2 podwójne zeszyty (1 i 2 oraz 3 i 4) z r. 1934, razem stron 439; podwójny zeszyt trzeci (Nr. 5 i 6) z r. 1934 r. wobec dość dużego materjału sprawozdawczego ukaże się dopiero w początku lutego 1935 r.

Na treść powyższych zeszytów złożyły się: 11 prac oryginalnych w tej liczbie 7 z zakładów i klinik U. S. B., 1 referat zbiór., 7 sprawozdań, 1 ocena, 2 wspom. pośmiertne oraz protokóły posiedzeń Towarzystwa. Wydział Lekarski U.S.B. udzielił subwencji 1000 zł., Wil.-Nowogr. Izba Lek. 500 zł., z sum własnych Tow. wydało 2040 zł.

Komitet Redakcyjny stanowili: Prof. Dr. W. Jasiński, Dr. M. Minkiewicz i Prof. Dr. A. Safarewicz jako redaktorzy, Doc. Dr. W. Zaleski jako zastępca redaktora administracyjnego, Dr. W. Bądzyński, Dr. E. Czarnecki, Dr. Lewande, Dr. H. Rudziński, Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz, Prof. Dr. J. Szmurło i Dr. A. Wirszubski jako członkowie.

Komitet odbył 5 posiedzeń wspólnie z Zarządem Towarzystwa.

Sprawozdanie bibljoteczne Wileńskiego T-wa Lekarskiego za rok 1934.

W r. 1934 sporządzono przeszło 1000 kart katalogowych (czasopism) do Centralnego Katologu czasopism Bibljoteki Uniwersyteckiej w Wilnie i około 600 kart do Centralnego Katalogu czasopism zagranicznych, drukującego się w Poznaniu.

Z darów wpłynęło 97 dzieł w III tomach. Czasopism 15 (roczników 37). Ofiarodawcami książek i czasopism byli D-wa Grossglückowa (Warszawa) i Dr. F. Świeżyński (Wilno).

W okresie sprawozdawczym innych prac, ze względu na brak funduszów, nie wykonywano.

Od listopada b. r. uruchomiona została w Lokalu Izby Lekarskiej (Wileńska 25 m. 3) czytelnia czasopism lekarskich, czynna 2 razy w tygodniu (środa i sobota) w godz. 5—7 pp.

Dążeniem Zarządu T-wa na najbliższą przyszłość powinno być po uzyskaniu odpowiednich funduszów, dokończenie katalogowania już stosunkowo niewielkiej liczby książek i rękopisów, uruchomienie bibljoteki i danie możności członkom T-wa korzystania z księgozbioru i czasopism we własnym lokalu.

Bibljotekarz *Doc. Dr. E. Czarnecki.*

SPRAWOZDANIE RACHUNKOWE
Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego
za rok 1933/34.

		SUMA Zł.	SUMA gr.
Przychód:			
1) Pozostałość z roku ubiegłego:			
a) fundusz T-wa	zł. 237		
b) Subsydjum z zapisu d-ra Lachowicza .	„ 50	287	—
2) Składki członkowskie i wpisowe		2345	—
3) Odsetki od funduszów T-wa		450	—
4) Prenumerata „Pamiętnika W.T.L." i ogłoszenia w nim		300	—
5) Zwrot kosztów druku prac w „Pamiętniku W. T. L".		741	20
6) Subwencja na wydawnictwo „Pamiętnika W.T.L. od:			
a) Wydziału Lekarskiego U.S.B. w Wił.	zł. 1000		
b) Wileńsko-Nowogr. Izby Lekarskiej	„ 500	1500	—
7) Stypendjum z zapisu d-ra Lachowicza		2500	—
Razem . . .		8123	20

Rozchód:

	SUMA Zł.	gr.
1) Koszty utrzymania lokalu:		
a) światło . . . . zł. 128,20		
b) opał . . . . „ 102,—		
c) pensja dozorcy domu . . . . „ 240,—	470	20
2) Aparaty i ich remont	65	—
3) Wydatki kancelaryjne, ogłoszenia i nekrologi . . .	239	70
4) Koszty wydawnictwa i rozsył. „Pamiętnika W.T.L."	2781	50
5) Stypendjum z zapisu d-ra Lachowicza, wypłacone 3 studentom medykom	2550	—
Razem . . .	6106	40
Saldo na dzień 12.XII 1934 r.: fundusz T-wa .	2016	80

Wykaz walorów:

1) $4^1/_2$%-we listy zastawne Wileńsk. Banku Ziemsk. na sumę 10.000 zł.
2) Kwity depozytowe Państwow. Banku Rosyjskiego „ „ 14.000 rub.

Dr. Wacław Bądzyński
Skarbnik

PRELIMINARZ BUDŻETOWY
Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego
na rok 1934/35.

Wpływy:

1) Składki czlonkowskic (115 × 24 zł.) . . . . zł. 2760

2) Odsetki od funduszów T-wa ($4\frac{1}{2}\%$ od 10.00 w listach zast. W. B. Z.) . . . . „ 450

3) Prenumerata „Pamiętnika W. T. L. i ogłoszenia w nim „ 290

4) Subwencje:
   - a) M. W. R. i O. P. . . . . zł. 1000
   - b) Wydział Lekarski U.S.B. w Wilnie . . . „ 1000
   - c) Wileńsko-Nowogródzka Izba Lekarska . . „ 500 „ 2500

5) Stypendjum z zapisu d-ra Lachowicza (200×12 mies.) „ 2400

Razem . „ 8400

Wydatki:

1) Koszty utrzymania lokalu:
   - a) Światło . . . . zł. 200
   - b) Opał . . . . „ 100
   - c) Służba . . . . „ 300
   - d) Remont i porządek . . . . „ 100 zł. 700

2) Kancelarja, ogłoszenia, druki, reprezentacje . . . . . . „ 500

3) Uporządkowanie Bibljoteki T-wa i otwarcie czytelni . . „ 1000

4) Wydawnictwo „Pamiętnika Wil. T-wa Lek." . . . . . „ 3300

5) Wydawnictwo „Pam. Franka" . . . . „ 500

6) Stypendjum z zapisu d-ra Lachowicza (2 stud.×1200 zł.) . „ 2400

Razem . „ 8400

Dr. Wacław Bądzyński.

Protokół
Komisji Rewizyjnej Wileńskiego T-wa Lekarsk.

Dnia 9 grudnia 1934 roku Komisja Rewizyjna w składzie d-rów: Walerego Giedgowda, Abrahama Wirszubskiego i Zygmunta Zawadzkiego dokonała rewizji księgi kasowej, kasy i papierów wartościowych stanowiących własność Wileńskiego T-wa Lekarskiego i stwierdza niniejszem, iż rachunkowość jest prowadzona prawidłowo, zapisy w księdze kasowej oparte są na formalnych danych, a Saldo na dzień 9 grudnia r. b. jest wyprowadzone prawidłowo na sumę złotych 2016 gr. 80, słownie złotych dwa tysiące szesnaście gr. 80, stanowiące własność T-wa. Z sumy tej 1000 zł. zostało wpłacone tytułem awansu do redakcji „Pamiętnika Wil. T-wa Lekarskiego", pozostałe zaś 1016 zł. 80 gr. są na przechowaniu u skarbnika T-wa. Poza tem na przechowaniu u skarbnika T-wa są: 1) listy zastawne Wileńskiego Banku Ziemskiego na 10.000 zł.: 2) kwity depozytowe Państwowego Banku Rosyjskiego na 14.900 rubli, zarejestrowane w „Związku Obrony Mienia Polskiego w Rosji".

Zestawienie rachunkowe wykazuje, iż w roku Sprawozdawczym Zarząd celowo dysponował funduszami T-wa, wykorzystując wszelkie możliwości celem uzyskania większych wpływów, redukując jednocześnie wydatki, w wyniku czego nadwyżka po stronie wpływów wynosiła 2016 zł. 80 gr. Komisja Rewizyjna zgłasza na doroczne walne zebranie T-wa wniosek o udzielenie absolutorjum ustępującemu Zarządowi i wyrażenie Mu podzękowania za Jego owocną pracę.

Dr. Walery Giedgowd
Dr. Abraham Wirszubski
Dr. Zygmunt Zawadzki

SPRAWOZDANIE ROCZNE
Zarządu Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Wilnie, za rok 1934.

Po obiorze nowego Zarządu na Dorocznem Walnem Zebraniu Zrzeszenia w dn. 25 lutego 1934, — takowy ukonstruował się w sposób następujący:

Prezydjum: Prezes — Dr. Narkiewicz, Vice - Prezesi — Dr. Brodzki i Dr. Szalewicz, Sekretarze — I. Dr. Kodź, II Dr. Lewin, Skarbnik — Dr. Szalewicz.

Członkowie Zarządu: Dr. Petrusewiczowa, Dr. Łukiewicz, Dr. Siedlecki Zygmunt — referent do spraw terenów pozamiastowych.

W tym składzie Zarząd Zrzeszenia przetrwał do końca swej kadencji, prócz Dr. Łukiewicza, który w dn. 24-go kwietnia 1934, złożył swój mandat, a na jego miejsce wszedł z listy zastępców Dr. Kucharski.

W zrozumieniu sprawy, jak jest ważną kontrola wpływów Ubezpieczalni wobec zależności od tych wpływów wysokości poborów lekarskich, Zarząd, korzystając z artykułu 17 p. 7, nowej umowy zbiorowej, uprawomocnił do tej czynności skarbnika Zrzeszenia Dr. Szalewicza. Nawał prac oraz kwestje, których rozstrzygnięcie czyniło nieodzowną potrzebę porad specjalistów-prawników, zmusiło Zarząd, przychylając się do wniosku Dr. Petrusewiczowej, zaprosić stałego radcę prawnego p. mec. Halinę Zasztowt-Sukiennicką.

Przechodząc do załatwienia spraw, poleconych przez Doroczne Walne Zebranie, Zarząd zajął się kwestją legalizacji nowego statutu w myśl wytycznych ustalonych przez Zebranie. Wyłoniona została komisja, w której skład weszli Dr. Petrusewiczowa i Dr. Kodź. Po zwalczeniu szeregu trudności sprawę tę komisja doprowadziła do końca; w połowie grudnia r. ub. zalegalizowano nowy statut zrzeszenia, którego nowa nazwa jest „Zrzeszenie Lekarzy Ubepieczalni Społecznej w Wilnie".

Skutki „wytycznych", wadliwej umowy zbiorowej oraz jednostronnego arbitrażu wraz z obniżeniem niżej możliwej normy zarobków lekarskich i z wzrastającym ich spadkiem wobec wprowadzenia w życie ustawy scaleniowej, nie dały na się długo czekać. Mniej świadomy element lekarski na prowicji, który stał zdala od wszelkich walk o egzystencję, zaczął się burzyć, zaczęły napływać listy z pogróżkami porzucenia pracy. Nie chcąc dopuścić do pojedyńczych odruchowych wystąpień, mogących ujemnie tylko wpłynąć na interesa ogółu świata lekarskiego Ubezpieczalni, Zarząd wytężył cały swój wpływ moralny, by nurtujący ferment złagodzić i sprawę walk o słuszne pretensje skierować na właściwe tory.

Naczelna Izba Lekarska w zrozumieniu ciężkiej sytuacji, w jaką postawiła ogół lekarski przez swą łatwowierną i krótkowzroczną akceptację „wytycznych", zaczyna poszukiwać dróg do naprawy wyrządzonego zła: Zwraca się do Izb regjonalnych z prośbą o opracowanie tej części „wytycznych", które muszą być wymówione. Znów więc wre praca, odbywają się narady z prawnikami; ustala się uzasadnienie co do skreślenia lub zmian tego lub innego punktu „wytycznych", następnie cały żmudnie opracowany materjał przesyła się do Nacz. Izby Lekarskiej, która na plenarnem posiedzeniu odrzuca projekt wymówienia całości „wytycznych" i w dn. 25.V.1934 r. wypowiada wytyczne częściowo. W odpowiedzi na to Z.U.Ch. w kilka dni później wypowiada całość wytycznych. Powstaje konieczność tworzenia nowych „wytycznych", lecz praca ta posuwa się żółwim krokiem; w ciągu całego lata i jesieni prawie nic o niej nie słychać; wznawia się dopiero w listopadzie 1934 r. i dotąd jeszcze się nie wylała w żadne konkretne formy. W międzyczasie t. j. koło połowy czerwca 1934 roku Ubezpieczalnia Społeczna w Wilnie, opierając się na nowej Umowie Zbiorowej, z nakazu Władz Centralnych rozesłała do lekarzy pisma angażujące, w których zostali oni potraktowani jako lekarze prowizoryczni. Zaskoczony tym krzywdzącym posunięciem Zarząd Zrzeszenia poświęca dużo czasu i energji na sprecyzowanie odmiennego swego zapatrywania się, na ustalenie jednoznaczności pojęć „stały" i „stabilizowany", ku czemu w znacznej mierze korzysta z porad p. mec. Sukiennickiej, a gdy pomimo wszelkich starań Zakład Ubezpieczalni Społecznych w Warszawie pozostaje

niezłomnie na swem stanowisku, organizuje kolegów i sprawa ustalenia stosunku służbowego lekarzy zostaje skierowana na rozpatrzenie Sądu Koronnego.

W poszukiwaniu wyjścia i utrzymania lecznictwa kasowego, wobec spadków wpływów finansowych Ubezpieczalni, ku czemu w znacznej mierze przyczynił się z jednej strony szalejący kryzys, z drugiej zaś wprowadzenie w życie ustawy scaleniowej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie zaczyna w czerwcu r.ub. forsować ideę wprowadzenia instytucji lekarzy domowych z dużem ograniczeniem dla Wilna lecznictwa specjalistycznego. W miarę coraz większej aktywności w tej sprawie sfer urzędniczo-ubezpieczeniowych, rośnie kontrakcja w świecie lekarskim, wykazująca całą bezpodstawność i szkodliwość omawianego systemu. Wypowiada się przeciw projektowi cały oficjalny świat lekarski, Zarząd niejednokrotnie bierze udział przez swych przedstawicieli w różnych zebraniach w Warszawie, w delegacjach do P. Ministra Opieki Społecznej, a celem zapoznania się na miejscu z funkcjonowaniem owego systemu, deleguje członka Zarządu Dr. Kodzia do Białegostoku, gdzie system ów został już wprowadzony. Początkowo władza decydująca w tej sprawie, czyli Ministerstwo Opieki Społecznej waha się, p. Minister zaznacza, że według jego zdania nie system ten lub ów, a jedynie gruntowna reforma może uratować walący się gmach ubezpieczenia chorobowego. W końcu listopada r. ub. następuje jednak nagle zmiana, p. Minister przychyla się do wywodów ZUCh'u, który okólnikiem z dnia 27.XI. r. ub. poleca wprowadzenie w Wilnie lekarzy domowych od dn. 1-go grudnia 1934 roku. To zakończenie sprawy spowodowało potrzebę redukcji 27 lekarzy, co siłą rzeczy spadło na barki Zarządu. Smutna i nader przykra ta praca musiała być dokonana. Wytyczne, któremi powodował się Zarząd przy redukcji były: 1) kwalifikacja; 2) długość służby kasowej; 3) stan materjalny; 4) zachowanie %-owości narodowościowej.

Interesując się wszelkiemi przejawami życia zawodowo-lekarskiego, Zarząd Zrzeszenia w roku ubiegłym brał czynny udział w wyborach do Rady Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, starając się wprowadzić do jej składu większą liczbę kandydatów gruntownie obeznanych z wszystkiemi etapami walk o egzystencję lekarzy kasowych, uświadamiając dobrze, że jest to jedno z najbliższych zadań i prac nowoobranej Rady.

Będąc rzecznikiem ogółu lekarzy kasowych, Zarząd niejednokrotnie starał się łagodzić incydenty między lekarzami a Ubezpieczalnią, uzgadniał z. p. Nacz. Lekarzem kandydatury na wakujące stanowiska i zastępstwa, występował w obronie swych kolegów.

Oto są mniej więcej główne prace Zarządu dokonane w roku sprawozdawczym, nie zobrazowują one jednak całokształtu działalności Zarządu; trudno wyliczać te wszelkie sprawy codzienne, które wypływają w życiu każdego stowarzyszenia.

W roku sprawozdawczym odbyło się 3 Nadz. Wal. Zebrania: (7 czerwca, 30 listopada i 20 grudnia). Zarząd odbył 30 posiedzeń. Zrzeszenie obecnie liczy 78 członków zatrudnionych w Ubezpieczalni, oraz 27 zredukowanych, którzy tworzą specjalną sekcję.

Ze smutkiem, niestety trzeba przyznać, że świat lekarski kasowy nie kroczy drogą tryumfu w walce o swą egzystencję. Postulaty świata lekarskiego zostały zignorowane, opinja niefachowa urzędników-ubezpieczeniowców wzięła górę.

Składając z siebie wobec tego wszelką odpowiedzialność za ewentualne skutki obniżenia poziomu lecznictwa i sprowadzenia go do rzędu lecznictwa partykularnego, zaznaczamy, że potrafimy w przyszłości przeciwstawić się z całą stanowczością, gdyby część chociażby odpowiedzialności za owe skutki zechciano zepchnąć na barki lekarzy.

Żegnając z głębokim smutkiem kolegów opuszczających nasze szeregi po długich latach współpracy, przekazujemy przyszłemu Zarządowi dalszy ciąg żmudnej i trudnej walki o dobro ubezpieczonych i lekarzy, życząc mu lepszych rezultatów, niż te, które nam dane było osiągnąć.

Sekretarz: (—) *Dr. Kodź.* Prezes: (—) *Dr, Narkiewicz.*

Sprawozdanie z Pierwszego Polskiego Zjazdu Abstynentów w połączeniu ze zjazdem lekarzy abstynentów i zjazdem byłych słuchaczy kursów alkohologji, w dniu 8 i 9 grudnia 1934 roku w Państwowej Szkole Hygjeny w Warszawie.

Zjazd ten zgromadził przedstawicieli wszystkich warstw społecznych z całej Polski i głównych przedstawicieli organizacji walczących z klęską alkoholizmu, przybył też delegat światowego związku przeciwalkoholowego z Berlina ks. Czelot. Między uczonymi byli wybitni przedstawicieli, jak prof. dr. Paweł Gantkowski z Poznania, prof. dr. Stanisław Władyczko z Wilna, prof. dr. Adam Wodziczko z Poznania oraz liczni lekarze społecznicy i psychjatrzy polacy.

Z pomiędzy duchowieństwa szereg księży wielce zasłużonych w walce z alkoholizmem, jak prof. dr. ks. prałat Jan Ciemniewski ze Lwowa, ks. dyrektor Tadeusz Gałtyński, ks. prof. Antoni Cząstka i wielu innych. Podczas obrad zostały wygłoszone liczne referaty o wysokiej wartości naukowej i społecznej. Na zjeździe poruszono sprawę międzynarodowego kongresu abstynenckiego, który ma się odbyć w Warszawie w 1937 roku. W związku z tem znany działacz społeczny poeta Kazimierz Kalinowski wygłosił referat p. t.: „Zadanie abstynentów polskich wobec przyszłego kongresu międzynarodowego w Warszawie w 1932 r.". Na swych obradach Zjazd powziął rezolucje następującej treści:

1) Zjazd protestuje przeciwko unicestwieniu ustawy przeciwalkoholowej.

2) Zjazd zwraca się do harcerzy i wszystkich organizacji walczących z alkoholizmem, aby wzmogli swą pracę społeczną i propagandową.

3) Zjazd żąda obowiązkowego wprowadzenia wykładów z alkohologji we wszystkich uczelniach polskich.

4) Uwzględniając wielką grozę z powodu używania przez dzieci i młodzież eteru i różnych trucizn, tak zwanych anodyn, Zjazd żąda zabronienia sprzedaży napojów alkoholowych dzieciom.

5) Zjazd zwraca się do uczonych polskich, aby przygotowali dla Kongresu Międzynarodowego rezultaty badań klinicznych i laboratoryjnych co do szkodliwości alkoholu dla organizmu ludzkiego.

6) Zjazd zaleca wszystkim organizacjom przeciwalkoholowym urządzić kursa z alkohologji.

Przewodniczący zjazdu prof. dr. Paweł Gantkowski zamknął zjazd słowami: „W was młodych jest przyszłość Narodu Polskiego. Zmartwychwstańcie młodzi. Broń nasza — przykład i słowo. Cześć abstynenckiemu przykładowi i abstynenckiemu słowu!

Dr. Kulejewska.

Komunikat w sprawie XI Zjazdu Internistów Polskich.

Na X Zjeździe Internistów Polskich w Poznaniu na Walnem Zebraniu w dn. 12.XIX 1933 r. wybrano na miejsce następnego Zjazdu. m. Łuck. Zjazd odbędzie się na jesieni 1935 r.

Referaty główne Zjazdu są następujące:

1. Temat: Marskość wątroby. Anatomja patologiczna: referenci Prof. Dr. L. Paszkiewicz i Dr. A. Pruszczyński. Klinika: referent Prof. Dr. J. Grek.

2. Temat: Ropne sprawy płucne. Anatomja patologiczna: referent Prof. Dr, W. Nowicki. Klinika: referent Doc. Dr. Z. Gorecki. Chirurgja: referent Prof. Dr. T. Ostrowski.

Na posiedzeniu Zarządu Głównego T. I. P. dn. 30.IX 1933 r. powołano na Przewodniczącego Komitetu Miejscowego w Łucku p. Dr. Witolda Habicha.

Dalsze szczegóły zostaną nadesłane w następnych komunikatach.

Zarząd Główny
Towarzystwa Internistów Polskich

(—) *Prof. M. Semerau-Siemianowski.*
Prezes.

(—) *Dr. J. W. Grott.*
Sekretarz

---

6) Zjazd zaleca wszystkim organizacjom przeciwalkoholowym urządzić kursa z alkohologji.

Przewodniczący zjazdu prof. dr. Paweł Gantkowski zamknął zjazd słowami: „W was młodych jest przyszłość Narodu Polskiego. Zmartwychwstańcie! młodzi. Broń nasza — przykład i słowo. Cześć abstynenckiemu przykładowi i abstynenckiemu słowu!

Dr. Kulajewska.

Komunikat w sprawie XI Zjazdu Internistów Polskich.

Na X Zjeździe Internistów Polskich w Poznaniu na Walnem Zebraniu w dn. 12.XIX 1933 r. wybrano na miejsce następnego Zjazdu m. Łuck. Zjazd odbędzie się na jesieni 1935 r.

Referaty główne Zjazdu są następujące:

1. Temat: Marskość wątroby. Anatomja patologiczna: referent Prof. Dr. L. Paszkiewicz i Dr. W. [illegible]. Klinika: referent Prof. Dr. J. Grek.

2. Temat: Ropne sprawy płucne. Anatomja patologiczna: referent Prof. Dr. W. Nowicki. Klinika: referent Doc. Dr. Z. Gorecki. Chirurgja: referent Prof. Dr. T. Ostrowski.

Na posiedzeniu Zarządu Głównego T. I. P. dn. 30.IX 1933 r. powołano na Przewodniczącego Komitetu Miejscowego w Łucku p. Dr. Witolda Hablcha.

Dalsze szczegóły zostaną nadesłane w następnych komunikatach.

Zarząd Główny
Towarzystwa Internistów Polskich

(—) Prof. M. Semerau-Siemianowski (—) Dr. J. W. Grott.
Prezes. Sekretarz.


B000000 1659 187